

Psychiatrie und Psychopharmaka

Therapien und klinische Forschung mit Psychopharmaka in zwei
psychiatrischen Kliniken der Schweiz, 1950 – 1980

Abhandlung
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät
der
Universität Zürich

vorgelegt von
Katharina Brandenberger

von Flaach ZH

Angenommen im Herbstsemester 2011 auf Antrag von
Herrn Prof. Dr. Jakob Tanner und Herrn Prof. Dr. Flurin Condrau

Onlinepublikation, Zürich 2012

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
1.1	Psychopharmaka: Begriff, Wirkung, Indikation	11
1.2	Fragestellung und Aufbau	16
1.3	Forschungsstand und Vorgehen	20
1.4	Die Quellen	29
2	Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980	36
2.1	Zwei psychiatrische Kliniken als Untersuchungsobjekte	40
2.1.1	Von der Irrenanstalt zur Spital Thurgau AG	42
2.1.2	Vom Burghölzli zur Universitätsklinik	46
2.1.3	Unterschiede und Gemeinsamkeiten der PKM und der PUK	52
2.2	Der lange Weg eines Arzneimittels	54
2.2.1	Die Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel	57
2.2.2	Richtlinien zur klinischen Prüfung	60
2.2.3	Grenzen der Regulierbarkeit: Beispiel Laponex	62
2.3	Versuchspräparate der Pharmaindustrie	64
2.3.1	Klinische Tests und Medikamentkosten	65
2.3.2	Jedes Versuchspräparat eine Neuheit?	74
2.3.2.1	„Verwirrende Fülle von Stoffen“	79
2.3.2.2	„Im Irrgarten der Empfehlungen“	82
2.3.3	Zum Verhältnis von Praxis und Wissenschaft	83
2.3.3.1	Neue Substanzen und Bleulers Befürchtungen	85
2.3.3.2	Versuche und die Einwilligung der PatientInnen	92
2.4	Folgerung: Formen therapeutischer Forschung	95
2.4.1	Forschungsziele der wissenschaftlichen Psychiatrie	97
2.4.2	Kein Bruch mit dem psychiatrischen Selbstverständnis	102
3	Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979	106
3.1	Psychopharmaka entdecken und evaluieren	112
3.1.1	Der impressionistische Ansatz und seine Kritik	116
3.1.2	„Die vornehmste Aufgabe des Experimentes“	119
3.2	Die PatientInnenauswahl und Wirkungsbeurteilung	125
3.2.1	Das Dokumentationssystem AMP	127
3.2.2	Beispiel: Die Penfluridol-Studie im Jahr 1974/75	131
3.3	Schwierigkeiten der Psychopharmaka-Prüfungen	137
3.3.1	Methodische Schwierigkeiten	139
3.3.1.1	Zielsymptome und Zielkonflikte	142
3.3.1.2	Unklare Indikationsstellung und Wirkung	146
3.3.2	Nebenwirkungen – von der Gefahr zum Risiko	150
3.3.2.1	Ablehnende Haltung der PatientInnen	155
3.3.2.2	Psychiatrische Einscheide und Zumutbarkeit	158
3.3.3	Die PsychiaterInnen und das Pflegepersonal der Klinik	159
3.3.3.1	„Wissen ums Nichtwissen“	161
3.3.3.2	Forschungsfeindlichkeit und ablehnende Haltung	164
3.4	Fazit: Drei Problembereiche	171

Inhaltsverzeichnis

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980	175
4.1 Abkehr von den Kuren	177
4.1.1 Durchgeführte Kuren und Behandlungen	180
4.1.2 Berichterstattung über die Medikamente	183
4.1.3 Das Beispiel des Patienten Albert G.	188
4.1.4 Ein Selbstversuch von Klaus Ernst: Langer, leichter Schlaf	195
4.2 Forschungsambitionen und Standardisierungsprozesse	197
4.2.1 Psychopharmakologie als Tätigkeitsfeld	201
4.2.1.1 Manfred Bleuler, Jules Angst und die Ciba AG	201
4.2.1.2 Adolf Zolliker, Roland Kuhn und die Ciba AG	206
4.2.2 Breite Produktpalette und standardisierte Aufzeichnungen	208
4.3 Interaktionen und Reaktionen	212
4.3.1 Medikationsverweigerung und Sedierung der PatientInnen	213
4.3.2 Ambivalenzen beim Pflegepersonal	217
4.3.2.1 Das Pflegepersonal als Ansprechpersonen	220
4.3.2.2 Hantieren mit Largactil	223
4.4 Fazit: Rasche Lösung, langlebige Ambivalenz	226
4.4.1 Die Krankenakten als Quellen	228
4.4.2 Die Frage der <i>Compliance</i>	233
5 Entgrenzung der Therapie ab 1960	238
5.1 Psychopharmaka und Entlassungsraten	241
5.2 Das Problem ohne Namen	247
5.2.1 Werbung für Tranquilizer und Antidepressiva	249
5.2.2 „Naming the Problem that Has No Name“	257
5.3 Psychopharmaka: Krise und Kritik	259
5.3.1 Kritik am Zwang mit anderen Mitteln	261
5.3.2 Das „Dossier Psychopharmaka“ 1988	267
5.4 Folgerung: Psychiatrie als Schauplatz sensibler Fragen	272
5.5 Exkurs: <i>Enhancement</i> mit Psychopharmaka	280
6 Zusammenfassung: Im Zwischenraum der Extreme	286
7 Schlusspunkte und Suchbewegungen	297
7.1 Quellenzugang als Herausforderung	299
7.2 Zeitfragen zur Psychiatrie	307
7.2.1 Prämissen und ungelöste Probleme	310
7.2.2 Geschichtswissenschaft kann Sensibilisierungsarbeit leisten	313
8 Dank	318
9 Bibliographie	319
10 Abbildungs- und Abkürzungsverzeichnis	350
11 Anhang	354

„Nun ist aber im Laufe des letzten Jahres über ein neues aus Frankreich stammendes Medikament berichtet worden, das nach den Angaben der Literatur und nach den Erfahrungen, die an der Basler Klinik gemacht wurden, bei Schizophrenen eine sehr gute Wirkung haben soll. Es handelt sich um das Präparat L a r g a c t i l.

Die Erfahrungen waren derart, dass wir es nicht verantworten konnten, nicht sogleich auch selber Versuche mit dem Medikament zu machen, umso mehr da das Präparat auch sehr harmlos schien. Wir haben als eine der ersten schweizerischen Anstalten bereits im Juli des letzten Jahres begonnen, unsere Patienten mit Largactil zu behandeln. Es standen uns anfänglich grössere Versuchsmengen des schweizerischen Vertreters der Pariser Firma zur Verfügung.“

(Roland Kuhn, Psychiater in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen, in einem Brief vom 13. Januar 1954 an das Sanitätsdepartement Frauenfeld.)

1 Einleitung

Mitte der 1950er Jahre wurden weltweit Neuroleptika für die medikamentöse Behandlung in der Psychiatrie eingeführt. Bis dahin standen Schlafmittel und somatische Kuren mit Insulin, Cardiazol und Malariaerregern zur Verfügung, deren Risiko hoch und deren Behandlungserfolg tief war.¹ Die Veränderung der Psychiatrie durch die Neuroleptika war markant. Mit ihnen fand eine *pharmakologische Wende* statt, die grosse Auswirkungen auf den Klinikalltag hatte.² Die neuen Medikamente wirkten gegen die psychotischen Schübe und dämpften die Unruhezustände der PatientInnen. Die Atmosphäre auf den Abteilungen der Psychiatrischen Kliniken wurde ruhiger.

Ab 1950 begann das Labor der französischen Firma Rhône-Poulenc eine Serie von Phenothiazin-Derivaten zu entwickeln. Zuvor war die sedierende Wirkung von Phenothiazin festgestellt worden. Unter diesen Derivaten war das Chlorpromazin, das eine stark beruhigenden Wirkung zeigte. Erste Berichte aus psychiatrischen Kliniken über die Wirkung und Anwendung wurden Ende 1952 publiziert.³ Ab 1953 vertrieb die Gesellschaft für Chemische Industrie Basel (Ciba) in der Schweiz

¹ Vgl. Meier et al., Zwang zur Ordnung, 2007, S. 107.

² Braunschweig, Wundermittel Largactil, 1994, S. 128-130.

³ Vgl. Hess, Psychochemicals Crossing the Wall, 2007, S. 62; Langer, Psychopharmaka, 1983, S. 31.

1 Einleitung

Chlorpromazin unter dem Handelsnamen Largactil. In Deutschland übernahm die Firma Bayer Leverkusen das Präparat von Rhône-Poulenc als Lizenzprodukt und verkaufte es unter der Bezeichnung Megaphen.⁴ Gleichzeitig wurden Erfahrungen mit dem Rauwolfia-Alkaloid Reserpin gemacht, das im Jahr 1952 als Serpasil auf den Markt kam. Diesen Neuroleptika folgten weitere psychoaktive Substanzen, zu denen auch das Imipramin, ein Antidepressivum mit dem Handelsnamen Tofranil, zählte.

Die Einführung von Chlorpromazin (Largactil) und Reserpin (Serpasil) in der Psychiatrie wurde als „Meilenstein des Fortschritts“ gewertet, so bezeichnete der Oberarzt und spätere Forschungsabteilungsdirektor der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Jules Angst, die sprunghafte Entwicklung in der Pharmako-Psychiatrie.⁵ 1957/58 folgten Antidepressiva, das heisst Monoaminoxidasehemmer und vor allem trizyklische Substanzen vom Typus des Imipramin (Tofranil). Parallel dazu fand eine zunehmende Differenzierung bei den Therapien mit Benzodiazepinen und leichteren Beruhigungsmitteln, so genannte Tranquilizer, statt. Anfang der 1980er Jahre gehörten die Benzodiazepine zu den am häufigsten verordneten Medikamenten in der ambulanten Psychiatrie. Der überwiegende Teil der Tranquilizer gehörte zu dieser Gruppe.⁶

⁴ Vgl. zur Einführung von Megaphen in der Heidelberger Nervenlinik die Arbeit von Viola Balz, die sich auf Krankenakten als Quellen stützt: Balz, 1953 – Megaphen zur Wirkung gebracht, 2009, S. 167-198.

⁵ Angst, Neuere Entwicklungen der Pharmako-psychiatrie, 1968, S. 143.

⁶ Scholian, Analyse der Verordnungen von Psychopharmaka in der Psychiatrischen Poliklinik, 1982, S. 9.

1 Einleitung

Die vorliegende Studie befasst sich mit den Neuroleptika, Tranquilizern und Antidepressiva. Es handelt sich bei diesen drei Gruppen um Psychopharmaka im engeren Sinne, wie sie vom Psychiater und Psychopharmakologen Walter Pöldinger in den 1960er Jahren im „Kompendium der Psychopharmakotherapie“ eingeteilt wurden.⁷ In wissenschafts- und pharmaziehistorischen Arbeiten wird die Einführung der Psychopharmaka oft mit der Entstehung der Psychopharmakologie gleichgesetzt.⁸ Diese weit verbreitete Sichtweise lässt jedoch unberücksichtigt, dass die Psychopharmakologie Mitte des 19. Jahrhunderts als Resultat des steigenden Einflusses eines naturwissenschaftlichen Denkstiles in der Psychiatrie verstanden werden kann.⁹

Die neuen und zu erprobenden Substanzen aus den Laboratorien der pharmazeutischen Industrie wurden in pharmakologischen und klinischen Versuchen hinsichtlich der Dosierung und Wirksamkeit geprüft.¹⁰ Bis 1964 gab es keine festgelegten ethischen Grundsätze und verbindliche Regeln für die klinische Arzneimittelerprobung am Menschen. Erst durch die Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki im Jahr 1964 wurden Regeln für die klinische Arzneimittelforschung formuliert.¹¹ Hingegen war die Zulassung von Medikamenten auf dem

⁷ Pöldinger, Kompendium der Psychopharmakotherapie, 1967, S. 38; Vgl. Psychopharmakaeinteilung im Anhang Kapitel 11, S. 365; Vgl. für die Jahreszahlen zur Markteinführung einzelner Psychopharmaka: Riederer/ Laux/ Pöldinger, Neuro-Psychopharmaka, 1992, Band 1, S. 63.

⁸ Vgl. expl. Hess, Psychochemicals Crossing the Wall, 2007, S. 62.

⁹ So argumentiert Matthias M. Weber, Die moderne Psychopharmakologie aus wissenschaftshistorischer Sicht, 2008, S. 12f.

¹⁰ Vgl. Schaad, Von der Imitation zur Innovation, 2001, S. 159.

¹¹ World Medical Organization, Declaration of Helsinki (1964), 1996, S. 1448-1449.

1 Einleitung

Markt durch die Interkantonale Vereinbarung über die Kontrolle der Heilmittel (IKV).¹²

Für die klinische Erprobung liessen die pharmazeutischen Firmen den psychiatrischen Kliniken gratis Probelieferungen zukommen und waren auch bereit Gelder für den Forschungsfonds der Klinik zu sprechen, wenn sie als Gegenleistung ausführliche Berichte über die erprobten Substanzen erhielten.¹³ Sobald ein Medikament jedoch auf dem Markt zugelassen war und keine klinischen Prüfungen mehr notwendig waren, wurden die psychiatrischen Kliniken kaum mehr mit Gratispräparaten beliefert und der Einkauf von Psychopharmaka begann das Budget zu sprengen.

Der Psychiater Roland Kuhn war in den 1950er Jahren als Oberarzt und Stellvertretender Direktor an der Thurgauischen Psychiatrischen Klinik Münsterlingen tätig, wo er 1971 Direktor wurde. Kuhn musste in einem Brief an das Sanitätsdepartement Frauenfeld im Jahr 1954 darüber Rechenschaft ablegen, weshalb im vergangenen Jahr die Medikamentenkosten weit über dem Budget lagen. Die Einführung von Largactil hatte diesen Ausgabeposten innerhalb von drei Monaten um Fr. 12'000.– überschritten. Weil der Vertreter der pharmazeutischen Firma nicht weiter bereit war, gratis Probelieferungen zur Verfügung zu stellen, musste die Klinik damit rechnen, auch in den folgenden Jahren erheblich mehr Geld für Medikamente auszugeben. Roland Kuhn

¹² Vgl. Fischer, Die Funktion der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel, 1972, S. 29-54.

¹³ Vgl. StATG 9'10, 9.5/1, Brief von Direktor der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen, Adolf Zolliker an Professor Bein (Direktion Ciba), 04.01.1968.

1 Einleitung

war daher sehr bemüht, weniger über die Kosten als vielmehr über die erfreulichen Erfahrungen mit dem neuen Medikament zu berichten:

Die Kranken, die sich vorher ausserordentlich geplagt fühlten, werden freier, zufriedener, können wieder lachen. Eine ganze Reihe von Fällen können wir durch Largactil auf bessern Abteilungen unterbringen. Aber auch bei der Behandlung akuter Fälle leistet das Medikament zum Teil mehr als die bisherigen Behandlungsmethoden. Es ist für die Kranken sehr viel angenehmer als die äusserst belastenden Schockverfahren. [...]

Auch unser Personal verspürt eine Erleichterung des Dienstes, wenn viele gerade der schwierigsten Patienten durch das Medikament beruhigt werden. Ferner ist nicht zu vernachlässigen, dass die ganze Atmosphäre in der Anstalt wesentlich beruhigt werden kann, wovon auch diejenigen Patienten, die selbst das Medikament nicht bekommen, profitieren.¹⁴

Nicht nur für den einzelnen PatientInnen brachte Largactil, das Roland Kuhn im gleichen Schreiben als „harmlos“ bezeichnete, Linderung, sondern die gesamte Klinik profitierte von einer ruhigeren Atmosphäre. Die Ruhe auf den Abteilungen entlastete nicht nur das Personal, sondern passte zu den Bestrebungen der Institution, den Klinikaufenthalt für die PatientInnen möglichst angenehm zu machen. Dafür waren auch bauliche Massnahmen ergriffen worden, mit dem Ziel „[...] es unsern Kranken besonders wohnlich machen wollen, so dass sie den

¹⁴ StATG 9'10, 9.5/0, Brief von Roland Kuhn an das Sanitätsdepartement Frauenfeld, 13.01.1954.

1 Einleitung

Anstaltsaufenthalt möglichst wenig empfinden“,¹⁵ wie dem Jahresbericht von 1950 zu entnehmen ist.

Die Psychiatrie, die mit ihrem schlechten Image in der Gesellschaft zu kämpfen hatte und zudem auch in der Medizin nicht als prestigeträchtige Teildisziplin galt, hatte mit in den neuen Medikamente die Gelegenheit, sich als Ort der Wissenschaft und der Moderne zu etablieren.¹⁶

Indirekt argumentierte der Oberarzt gegenüber der politischen Behörde auch mit Kostensenkung durch das neue Medikament, da das Personal weniger Stressfaktoren ausgesetzt war. Die geringere Arbeitsbelastung des Personals konnte in einer Senkung des Personalbestandes resultieren. Neben dieser indirekten Argumentation stellte Roland Kuhn zudem klar, dass die Psychiatrische Klinik Münsterlingen monatlich circa Fr. 1000.– für Largactil ausgab, was im Vergleich zur Psychiatrischen Universitätsklinik Basel „Friedmatt“ mit monatlich Fr. 23'000.– seiner Meinung nach wenig war.¹⁷

1.1 Psychopharmaka: Begriff, Wirkung, Indikation

In den 1960er Jahren zeigte sich, dass Psychopharmaka zwar die Symptome dämpften und stabilisierend auf den Zustand der PatientInnen wirkten, die PatientInnen jedoch auch teilweise an starken Nebenwir-

¹⁵ JB PKM 1950, S. 4.

¹⁶ Vgl. zur Geschichte der medizinischen Wissenschaft im 19. und 20. Jahrhundert: Weisz, Divide and Conquer, 2006.

¹⁷ StATG 9'10, 9.5/0, Brief von Roland Kuhn an das Sanitätsdepartement Frauenfeld, 13.01.1954.

1 Einleitung

kungen, die in Form von Muskelkrämpfen, Speichelfluss, Zittern und Augenleiden auftraten, litten. Einige PatientInnen fielen in eine apathische Stimmung und nahmen stark an Gewicht zu.¹⁸

Die KritikerInnen medikamentöser Behandlungen in der Psychiatrie sahen ihre Vorbehalte gegenüber den Psychopharmaka bestätigt. Aus ihrer Sicht dienten die Psychopharmaka zur Manipulation der PatientInnen, die in erster Linie im Hinblick auf die Anstaltsordnung diszipliniert würden. Aus dieser Perspektive stellt die medikamentöse Behandlung die Durchsetzung der psychiatrischen Ordnung gegen den Willen der PatientInnen dar. Die Psychiatrie war mit den Vorwürfen konfrontiert, ohne therapeutische Motivation Psychopharmaka zu verabreichen und „Zwang mit anderen Mitteln“ anzuwenden.¹⁹

Ein linkes, antikapitalistisches Argument war, dass die PatientInnen in der Psychiatrie ruhig gestellt und weggesperrt würden. Ziel der Psychiatrie und ihren Behandlungsmethoden sei der Wille der PatientInnen zu brechen und ihre Psyche wieder funktionstüchtig für die kapitalistische Gesellschaft zu machen. Profit daraus schliege in erster Linie die pharmazeutische Industrie, die neue Substanzen ent-

¹⁸ Vgl. Finzen, Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen, 1984, S. 91-99; Angst, Adipositas durch Psychopharmaka, 1973, S. 1306f.

¹⁹ Vgl. Meier/ Hürlimann/ Bernet, Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870-1970, 2002, 18f. Vgl. in der vorliegenden Studie Kapitel 5.3.1.

1 Einleitung

wickelte, welche die PsychiaterInnen²⁰ im Menschenversuch an den PatientInnen testeten.²¹

Die Pharmaka-Euphorie auf Seiten der ÄrztInnen, PatientInnen und ihren Angehörigen wich der Ernüchterung, wenig über die Medikamente, ihre Indikationen, Wirkungen und Folgen zu wissen.²² In dieser Umbruchsituation suchte die Psychiatrie nach Lösungen, um mit den Problemen der medikamentösen Behandlungen umzugehen. Vor allem die Neuroleptika standen im Brennpunkt der Diskussionen über die Psychopharmaka.

Einen wichtigen Beitrag zum Eingeständnis, wenig über die Neuroleptika zu wissen, leisteten die beiden renommierten deutschen Psychiater Günther Stille und Hanns Hippus. Im Rahmen einer Tagung zu Psychopharmaka formulierten Stille und Hippus 1969 eine kritische Stellungnahme zum Begriff „Neuroleptika“, die 1971 in einer Fachzeitschrift zu Pharmakopsychiatrie und Neuro-Psychopharmakologie erschien. Ihr Artikel fasste die Problematik der Erforschung und Anwendung von Neuroleptika in der Psychiatrie prägnant zusammen. Die Kritik war grundsätzlich und setzte bei der Begriffsverwendung

²⁰ Im Untersuchungszeitraum 1950–1980 waren die Psychiater in den psychiatrischen Kliniken mehrheitlich Männer. In der vorliegenden Studie wird die neutrale Form mit Gross-I verwendet, damit die Psychiaterinnen trotz kleinerer Anzahl nicht aus der Geschichte verschwinden. Das umgekehrte Verhältnis lässt sich beim Pflegepersonal feststellen, auch da wird eine geschlechtsneutrale Form verwendet. Vgl. zu Gender in der Psychiatriegeschichte und in der Geschichte der Pflege: Meier et al., *Zwang zur Ordnung*, 2007; Wecker, *GESCHLECHT MACHT BERUF – BERUF MACHT GESCHLECHT*, 2006, S. 15-25.

²¹ Vgl. Meier, *Ich bin zwar im Irrenhaus den Kältetod des Gefühls gestorben, aber soviel kann ich noch empfinden*, 1988, S. 38.

²² Vgl. Finzen, *Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen*, 1984, S. 13.

1 Einleitung

an. Nach Meinung der Autoren äusserte sich die Unsicherheit bereits dann, wenn eine Definition für den Begriff Neuroleptika gegeben werden sollte.²³ Zudem wurden medikamentöse Behandlungen mit Neuroleptika und anderen Psychopharmaka durchgeführt, ohne dass die PsychiaterInnen den Wirkungsmechanismus verstanden.²⁴ Hanns Hippus und Günther Stille plädierten für die Zusammenarbeit von Klinik und Forschung, um Fortschritte in der Psychopharmakologie zu erzielen und die Kenntnisse in diesem Gebiet auszuweiten.²⁵

Die Integration der Forschung in die psychiatrische Klinik war keine neue Idee.²⁶ Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK) plante in den 1960er Jahren die Gründung einer Forschungsabteilung und eröffnete diese 1969.²⁷ Die kritische Stellungnahme von Hippus und Stille an der Tagung in Liège im Jahr 1969 griff mit der Forderung nach klinischer Forschung ein Anliegen auf, das sich in Zürich bereits in der Umsetzung befand. Die Institutionalisierung der klinischen Forschung durch eine Forschungsabteilung mit eigenständiger Direktion

²³ Stille/ Hippus, Kritische Stellungnahme zum Begriff der Neuroleptika, 1971, S. 182.

²⁴ Marietta Meier weist auf diesen Sachverhalt im Zusammenhang mit psychochirurgischen Eingriffen und erwähnt, dass dies auch bei anderen medizinischen Behandlungsmethoden der Fall ist. Meier, Psychochirurgie, 2007, S. 244.

²⁵ Stille/ Hippus, Kritische Stellungnahme zum Begriff der Neuroleptika, 1971, S. 183.

²⁶ PUK Zehnjahresbericht 1969-1979, 1979, S. 67; Vgl. zur langen Tradition der Forschung in der Klinik und die Neuorganisation durch die Gründung einer speziellen Abteilung: Meier et al., Zwang zur Ordnung, 2007, S. 82ff.

²⁷ Vgl. PUK, Zehnjahresbericht 1969-1979, 1979, S. 2.

1 Einleitung

war zu diesem Zeitpunkt eine neuartige Erscheinung im deutschsprachigen Raum.²⁸

Mit der Forschungsabteilung und ihrer Tätigkeit im Bereich der Psychopharmakologie war die Hoffnung verbunden, mehr über die Indikation und Wirkung der Psychopharmaka zu erfahren. Die PsychiaterInnen kündigten an, die klinische Überprüfung neu entwickelter Psychopharmaka intensiv zu betreiben.²⁹ Im Zentrum der psychopharmakologischen Forschung stand die Analyse von (Depot-)Neuroleptika³⁰ und antidepressiv wirkenden Substanzen.³¹ Die PsychiaterInnen der Forschungsabteilung prüften zahlreiche Psychopharmaka an den PatientInnen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.³² 1970 waren 275 PatientInnen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich in die Prüfungen von Psychopharmaka einbezogen und die PsychiaterInnen beabsichtigten, die Psychopharmaka-Prüfungen intensiv fortzusetzen.³³

²⁸ Ebd.

²⁹ JB PUK 1972, S. 18.

³⁰ Depotneuroleptika weisen eine längere Wirkungsdauer als Neuroleptika auf und müssen daher weniger häufig appliziert werden. Sie werden auch als Langzeitpsychopharmaka bezeichnet. Vgl. Woggon/ Angst, Depotneuroleptika: Die ambulante Behandlung chronisch schizophrener Patienten, 1977, S. 47f. Vgl. zur Wirkungsdauer Kapitel 4.1.2 der vorliegenden Studie.

³¹ PUK, Zehnjahresbericht 1969-1979, 1979, S. 85.

³² Ebd., S. 98-103.

³³ JB PUK 1970, S. 18; JB PUK 1972, S. 17. Vgl. Kapitel 3 in der vorliegenden Arbeit.

1.2 Fragestellung und Aufbau

Die Entwicklung neuer Psychopharmaka setzte sich seit den 1970er Jahren fort und zu Beginn des 21. Jahrhunderts verkündeten namhafte HirnforscherInnen, dass in absehbarer Zeit eine „neue Generation von Psychopharmaka, [...] die selektiv und damit hocheffektiv sowie nebenwirkungsarm in bestimmten Hirnregionen an definierten Nervenzellrezeptoren angreift“, entwickelt werde.³⁴ Will man am Begriff „Generation“ festhalten, dann handelt es sich bei diesen angekündigten Substanzen um die dritte Generation von Psychopharmaka. Der ersten Generation, zu denen Largactil und Serpasil zählten, folgte in den 1990er Jahren die zweite Generation. Es handelt sich dabei um so genannte atypische Neuroleptika, die um ein Vielfaches teurer sind als die erste Generation.³⁵

Als die Substanzen in den 1990er Jahren getestet wurden, zeigten sie eine starke Wirkung auf die psychiatrischen Symptome. Als Folge davon wurden sie zur schnell wachsenden und profitabelsten Medikamentenklasse der Pharmaindustrie. Neuere Untersuchungen, die einer Konferenz von NeurowissenschaftlerInnen, PsychiaterInnen und VertreterInnen der Pharmaindustrie 2007 in Brüssel präsentiert wurden, stützen die viel versprechenden Ergebnisse der ersten Versuche in den 1990er Jahren nicht.³⁶ Die Untersuchungen wiesen darauf hin, dass

³⁴ Monyer et al., Das Manifest, 2004, S. 36.

³⁵ Dazu gehören die Präparate mit den folgenden Handelsnamen, die von den in Klammer erwähnten Pharmafirmen vertrieben werden: Seroquel (AstraZenec), Zyprea (Eli Lilly), Abilify (Bristol-Myers Squibb). Vgl. O’Neil et al., The Merck Index, 2006; Lehrer, The Truth Wears Off, 2010, S. 52.

³⁶ Vgl. Lehrer, The Truth Wears Off, 2010, S. 52.

1 Einleitung

die neuen teuren Psychopharmaka nicht besser wirkten als die Medikamente, die seit den 1950er Jahren zur Anwendung kommen. John Davis, ein Psychiater und Professor aus Chicago äusserte sich bezüglich den Zweitgeneration-Neuroleptika gegenüber einem Journalisten folgendermassen: „In fact, sometimes they now look even worse.“³⁷

Die vorliegende Studie nimmt die unterschiedlichen Interpretationen zur Wirkungsweise der Psychopharmaka zum Anlass, die klinische Forschung und den Gebrauch von Psychopharmaka in der Psychiatrie im Zeitraum zwischen 1950 und 1980 zu untersuchen und die Absicht einer Intensivierung der klinischen Forschung kritisch zu befragen.³⁸

Die Auseinandersetzung mit der klinischen Forschung und dem Gebrauch von Psychopharmaka geschieht anhand von zwei Fällen, nämlich der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen (PKM) im Kanton Thurgau. Bei der Klinik in Zürich handelt es sich um eine Universitätsklinik, die sowohl die psychiatrische Versorgung gewährleistet als auch eine Forschungs- und Ausbildungsstätte darstellt.³⁹ Bei der Institution in Münsterlingen handelt es sich um eine Landklinik, die in erster Linie die psychiatrische Versorgung der Region zu erfüllen hatte.

Der Untersuchungszeitraum beginnt mit der Einführung der ersten Psychopharmaka in den Kliniken. In den 1970er Jahren führten die

³⁷ Ebd.

³⁸ Vgl. für ein ähnliches Vorgehen in einem anderen Themenfeld: Bürgi, Pharmaforschung im 20. Jahrhundert, 2011, S. 9.

³⁹ Vgl. zur Entstehung der Universitätskliniken im 18. und 19. Jahrhundert in der Medizin am Beispiel Frankreich: Weisz, *The Medical Mandarins*, 1995; Ders., *The Emergence of Medical Specialization in the Nineteenth Century*, 2003, S. 536-575. Für Deutschland: Bleker, *Die Charité*, 2010.

1 Einleitung

PsychiaterInnen der Forschungsabteilung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich Prüfungen mit Psychopharmaka durch. Bis 1980 nahm die Zahl der in den Prüfungen involvierten PatientInnen markant ab und die PsychiaterInnen der Forschungsabteilungen sahen sich 1980 damit konfrontiert ihre Forschungsarbeiten fachlich neu ausrichten zu müssen.⁴⁰

Die klinische Forschung war in Zürich durch eine Abteilung unter der Leitung des Psychiaters Jules Angst institutionalisiert und in Münsterlingen seit den 1950er durch den Oberarzt und späteren Direktor Roland Kuhn personifiziert. Der Psychiater Roland Kuhn betrieb intensive Forschung mit neuen Medikamenten und stand in regem Austausch mit der pharmazeutischen Industrie. Wobei er gleichzeitig immer auch für eine eigenständige, von den wirtschaftlichen Interessen losgelöste Pharmakologie plädierte.⁴¹ Die klinische Forschung verhalf ihm zu nationalem und internationalem Ruhm, welcher vor allem auf der Entdeckung von Imipramin fusste. Kuhn hatte in den 1950er Jahren mittels genauen Aufzeichnungen, Beobachtungen und dem Wissen um chemische Zusammenhänge Imipramin als antidepressiv wirkenden Stoff entdeckt, der 1958 als das Antidepressivum Tofranil von der pharmazeutischen Firma Geigy auf den Markt gebracht wurde.⁴²

⁴⁰ Von 1969 bis 1979 sank die Zahl, der an den Prüfungen beteiligten PatientInnen von 275 auf 33. Vgl. JB PUK 1980, S. 20 und Kapitel 3.

⁴¹ Vgl. StATG 9'10, 9.5/3, Brief von Roland Kuhn an Dr. Neff von der Sandoz AG in Basel, 13.01.1964.

⁴² Vgl. Delini-Stula, Entdeckung der trizyklischen Antidepressiva, 2008, S. 195; Vgl. auch Kapitel 1.4 in der vorliegenden Arbeit.

1 Einleitung

Auf die beiden Kliniken und ihre wichtigsten ExponentInnen wird in Kapitel 2.1 genauer eingegangen. Die Fallauswahl gründet auf der räumlichen Gemeinsamkeit und den organisatorischen, institutionellen und personellen Unterschieden der beiden Kliniken, die eine produktive Ausgangslage für eine vergleichende Auseinandersetzung mit den beiden Einrichtungen in Bezug auf die Einführung von Psychopharmaka bieten.

Was geschieht mit der Einführung, dem Gebrauch und der Erprobung der neuen Psychopharmaka in den beiden untersuchten Kliniken? Dieser Frage wird in vier Kapiteln der Arbeit (Kapitel 2 bis 5) nachgegangen, wobei in jedem Kapitel spezifische Fragen oder Thesen entwickelt und diskutiert werden und in einem Fazit die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst sind. Die vorliegende Studie ist nicht chronologisch aufgebaut. Da sich psychiatrische Praxis, Klinikalltag, Forschung und Diskussionen über Psychopharmaka überlagern, ist es nicht angezeigt, die Einführung von Psychopharmaka in den Kliniken in verschiedene zeitliche Phasen zu gliedern. Trotzdem besteht eine zeitliche Struktur, die der Arbeit zugrunde liegt und sich vereinfacht in folgende Situationen aufteilen lässt: Psychopharmaka gelangen in die Klinik (Kapitel 2), Psychopharmaka werden in der Klinik an PatientInnen geprüft (Kapitel 3), Psychopharmaka kommen in der Klinik zur Anwendung (Kapitel 4) und Psychopharmaka gelangen aus der Klinik heraus in die Gesellschaft hinein (Kapitel 5). Kapitel 6 besteht aus einer kurzen Zusammenfassung der Forschungsarbeit und nimmt zwei idealtypische Hypothesen zur Geschichte der Psychiatrie als Anhaltspunkte, um die Studie im geschichtswissenschaftlichen Kontext zu verorten. Die Erkenntnisse der eigenen Forschungs- und Quellenarbeit sind jeweils am Ende von jedem Kapitel in einem Fazit bezie-

1 Einleitung

ungsweise in einer Folgerung zusammengefasst. Kapitel 7 widmet sich den Möglichkeiten und Grenzen psychiatriehistorischen Arbeitens zu den Psychopharmaka vor dem Hintergrund der in diesem Forschungsprozess gemachten Erfahrungen. Die Kapitel 8 bis 11 enthalten die Danksagung, die Bibliographie, das Abbildungsverzeichnis und einen Anhang, auf den jeweils im Text verwiesen wird.

1.3 Forschungsstand und Vorgehen

Die Geschichte von psychoaktiven Substanzen und die Biographien der Forschenden sind klassische Themen der mitteleuropäischen und US-amerikanischen Pharmaziegeschichte. Das Untersuchungsfeld umfasst einen Zeitraum, der bis Mitte des 19. Jahrhunderts zurückreicht und eine Vielzahl von Institutionen in verschiedenen Ländern – darunter England, Deutschland, die Niederlande und die USA.⁴³

Seit einiger Zeit wird in der Geschichte und insbesondere auch in der Wissenschafts- und Medizingeschichte nach integrierenden Ansätzen gesucht, die es ermöglichen, komplexe Phänomene und komplizierte Vorgänge angemessen zu analysieren. Der Ansatz einer *Anthropology of Pharmaceuticals* fokussiert auf den vielgestaltigen Prozess, den Medikamente durchlaufen, von den forschungsleitenden Konzepten über

⁴³ Vgl. Caldwell, *Origins of Psychopharmacology*, 1970; Swazey, *Chlorpromazine in Psychiatry*, 1974; Bangen, *Geschichte der medikamentösen Therapie der Schizophrenie*, 1992; Hall, *Psychopharmaka – Ihre Entwicklung und klinische Erprobung*, 1997; Weber, *Die Entwicklung der Psychopharmakologie im Zeitalter der naturwissenschaftlichen Medizin*, 1999; Snelders/ Kaplan, *LSD Therapy in Dutch Psychiatry*, 2002; Gijswijt-Hofstra/ Van Heteren/ Tansey, *Biographies of Remedies*, 2002; Dyck, *Flashback: Psychiatric Experimentation with LSD in Historical Perspective*, 2005.

1 Einleitung

ihre Herstellung und Vermarktung bis hin zu deren Einverleibung oder Entsorgung.⁴⁴ Medikamente bekommen auf diese Weise eine Biographie und eine globale Dimension, die wiederum mit lokalen Kontexten und Prozessen kontrastiert werden kann.⁴⁵

Die European Science Foundation (ESF) lancierte 2008 ein Forschungsprojekt zur Geschichte von Medikamenten im 20. Jahrhundert. Das Projekt *Standard Drugs, Drug Standards* fragt nach den Standardisierungsprozessen in der Entwicklung, Regulierung und Vermarktung von Medikamenten.⁴⁶

Der französische Historiker Jean-Paul Gaudillière arbeitet zu Netzwerken, bestehend aus Firmen, Ärztinnen, Pharmazeuten und Konsumierenden, in deren Zentrum Medikamente stehen. Dabei machte er eine Beobachtung, die ein ganzes Forschungsprogramm ankündigt. „Drugs are therefore wonderful points of entry into the multiple worlds of our highly technological societies.“⁴⁷ Arzneistoffe sind jedoch nicht um ihrer selbst willen Forschungsthema, sondern dienen als An-

⁴⁴ Vgl. van der Geest et al., *The Anthropology of Pharmaceuticals. A Biographical Approach*, 1996, S. 153-178; Pignarre, *Psychotrope Kräfte*, 2006.

⁴⁵ Vgl. zur *Theory of Things*: Appadurai, *The Social Life of Things*, 1986. Im Zusammenhang mit der globalen Dimension wichtig sind auch Rauschmittel. Vgl. zur Untersuchung der Beziehung von Rauschmitteln und Imperien am Beispiel des Opiumhandels in Asien oder dem Verkauf von Alkohol auf dem afrikanischen Kontinent: Mills/ Barton, *Drugs and Empire*, 2007. Vgl. zum Thema der Drogengesellschaft und dem *War on Drugs*: Amendt, *Die Droge, der Staat, der Tod*, 1992; Chapkins/ Webb, *Dying to Get High*, 2008.

⁴⁶ Vgl. ESF *Drughistory*, online im Internet; Zur Arbeit des Netzwerks vgl. Balz/ Bürgi/ Eschenbruch, *Magic Bullets, chemische Knebel, beherrschte Risiken?*, 2008, S.183-201. Vgl. auch: Snelders/ Kaplan/ Pieters, *On Cannabis, Chloral Hydrate, and Career Cycles of Psychotropic Drugs in Medicine*, 2006; Hess, *Psychochemicals Crossing the Wall*, 2007; Majerus, *Psychiatrie im Wandel*, 2008; Gaudillière/ Hess, *Ways of Regulating*, 2005.

⁴⁷ Gaudillière, *Introduction: Drug Trajectories*, 2005, S. 603.

1 Einleitung

satzpunkt, um unterschiedliche benachbarte Gebiete und Perspektiven zusammenzuführen. So kann das Wissen von Forschenden zu ganz verschiedenen Themen – Kybernetik und Gesundheit, Familienleben und Vitaminforschung, Sozialismus und Psychopharmaka, Altern und Wirtschaftswunder, Homöopathie und Statistik, Atomwaffenversuche und Biopolitik – zusammengetragen und ein Beitrag zu Geschichte der Medikamente geleistet werden.⁴⁸

Die Grösse des Untersuchungsfeldes legt jedoch ein Vorgehen nahe, das Psychopharmaka als *Points of Entry* nutzt und sich gleichzeitig auf einige wenige Aspekte der multiplen Welt unserer hochtechnologischen Gesellschaft festlegt. Psychiatrische Kliniken und die Anwendung von Psychopharmaka in ihnen bieten sich für eine solche Begrenzung des Themenfeldes an. Konkret bedeutet dies, dass sich die vorliegende Studie mit der wissenschaftlichen Forschung in der Psychiatrie auseinandersetzt, in dem die Schwierigkeiten im Klinikalltag untersucht werden.

Die klinische Forschung in der Schweizer Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts stellt ein Forschungsdesiderat dar. Die geschichtswissenschaftliche Auseinandersetzung mit klinischen Prüfungen und Therapien kann sich jedoch auf eine breite internationale Literatur zu *Clinical Trials* und *Evidence based Medicine* stützen.⁴⁹

⁴⁸ Vgl. Eschenbruch et al., Arzneimittel des 20. Jahrhunderts, 2009.

⁴⁹ Vgl. Valier/ Timmermann, Clinical Trials and the Reorganization of Medical Research in post-Second World War Britain, 2008, S. 493f.; Keating/Cambrosio, From Screening to Clinical Research, 2002, S. 299-334; Löwy, Between Bench and Bedside, 1996; Marks, The Progress of Experiment, 1997; Vgl. zur illustrierten und kommentierten Entwicklung klinischer Versuche die Datenbank der James Lind Library, online im Internet.

1 Einleitung

Die klinische Erprobung von Largactil, das in Deutschland unter der Bezeichnung Megaphen vertrieben wurde, ist im deutschen Klinikkontext von Viola Balz untersucht worden. Ihre Studie geht stark auf das Arzt-Patient-Verhältnis ein, das sie durch die Psychopharmaka grundlegend gewandelt sieht, während die vorliegende Arbeit vor allem die Praxisaspekte der therapeutischen Forschung im Hinblick auf das Pflegepersonal thematisiert.⁵⁰

Die Einführung der Psychopharmaka leitete eine Phase ein, in der die Psychiatrie Anschluss an die medizinische Wissenschaft suchte, wobei es sich bei diesem Prozess um keine neue Entwicklung handelte.⁵¹ Deutlich werden die Anschlussbemühungen in den 1960er und 1970 Jahre beispielsweise bei der Betrachtung der Prüfungsmethoden für die Durchführung von Versuchen mit Psychopharmaka an der Forschungsabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Obwohl die PrüferInnen die internationale Entwicklung der Prüfungsmethoden mit Doppelblindversuchen und Placebo kritisierten, fanden die methodischen Entwicklungen Eingang in ihre Studien oder wurden Gegenstand kritischer Anmerkungen in Fachzeitschriften und Lexika.⁵²

Festzuhalten ist, dass sich die Psychiatrie im Untersuchungszeitraum in einem stetigen Ringen um die Anerkennung als eine medizinische und wissenschaftliche Disziplin befand und historisch verschie-

⁵⁰ Balz, *Zwischen Wirkung und Erfahrung*, 2010.

⁵¹ Vgl. zur Verlagerung der Zuständigkeit für die Irrenfrage in den Bereich der Medizin Mitte des 19. Jahrhunderts und für den Durchbruch der naturwissenschaftlich-medizinischen Forschung zu Beginn des 20. Jahrhunderts im Bereich der Psychiatrie: Meier et al., *Zwang zur Ordnung*, 2007, S. 47, 49.

⁵² Vgl. Kapitel 3.

1 Einleitung

dene Ausrichtungen festzustellen sind. Nach dem Zweiten Weltkrieg hatte sich die Medizin auf der Grundlage der Molekularbiologie zu einer wissenschaftlichen Disziplin entwickelt. Die Psychiatrie in Europa und den USA vollzog in der gleichen Zeit eine Bewegung in die entgegengesetzte Richtung und entfremdete sich von der Medizin. Das psychoanalytische Modell stand im Vordergrund für das Verständnis psychischer Störungen und die Psychiatrie verstand sich als praktische therapeutische Disziplin.⁵³ Bis in die 1970er Jahre hinein war die Psychoanalyse das vorherrschende Paradigma in der Psychiatrie. Der Einführung der Pharmakologie führte dazu, dass sich die Psychiatrie wieder in Richtung akademische Medizin bewegte.⁵⁴

Mit den Schlagworten „chemische Revolution“, „pharmakologische Revolution“, „pharmakologisches Zeitalter“ oder „pharmakologische Evolution“ versuchten Psychiatriehistoriker das Phänomen der Einführung der ersten Psychopharmaka in den psychiatrischen Kliniken zu erfassen.⁵⁵ Sabine Braunschweig spricht hingegen von der „pharmakologischen Wende“, die in den 1950er Jahren in der Psychiatrie stattfand.⁵⁶ Diese Formulierung wird in der vorliegenden Arbeit gegenüber der Revolution bevorzugt, weil die Auseinandersetzung mit den Entwicklungen in der Klinik unter dem Aspekt der Wende die

⁵³ Vgl. Kandel, *A New Intellectual Framework for Psychiatry*, 1998, S. 457.

⁵⁴ Vgl. Ebd., S. 459.

⁵⁵ Vgl. Porter, *Madness*, 2002, S. 205; Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, 1999, S. 376; Caldwell, *Origins of Psychopharmacology*, 1970, S. 54; Rollin, *The Dark before Dawn*, 1990, S. 113f.; Brandenberger/ Tornay, *Standardizing Psychoactive Drugs and Drug Uses 1900-1970*, Bericht zum Workshop in Utrecht 23./24.04.2009, PDF online im Internet. Darin das Referat von Toine Pieters und Benoît Majerus.

⁵⁶ Braunschweig, *Wundermittel Largactil*, 1994, S. 128-130.

1 Einleitung

fundamentale Ambivalenz der Psychopharmaka berücksichtigt. Sabine Braunschweigs *Oral History* Studie, die Interviews mit Pflegenden der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel beinhaltet, zeigt eindrücklich die ambivalente Haltung des Pflegepersonals gegenüber den neuen Psychopharmaka.⁵⁷ Die Geschichte der Pflege ist ein oft vernachlässigter Aspekt in der Auseinandersetzung mit klinischer Forschung und wissenschaftlichen Tätigkeiten innerhalb einer psychiatrischen Klinik.

Der fehlende Einbezug der Pflege in psychiatriehistorischen Arbeiten steht im Zusammenhang mit der Quellenlage. Im Gegensatz zu den PsychiaterInnen, die in Fachzeitschriften und Zeitungen Artikel veröffentlichten, schriftlich festgehaltene Vorträge hielten, Erfahrungsberichte und Fachbücher verfassten, gibt es vom Pflegepersonal nur wenig überlieferte Dokumente zum Berufsalltag.⁵⁸ Tatsächlich ist es ein komplexes Unterfangen den Klinikalltag zu rekonstruieren, doch mit einer Fragestellung, die sich auf die Forschung und den Gebrauch

⁵⁷ Ebd., S. 135ff.; Vgl. auch Dies., Einfluss der Neuroleptica auf den psychiatrischen Pflegealltag, 2007.

⁵⁸ Vgl. für Quellen im Schweizerischen Sozialarchiv in Zürich: SozArch 201.175, Schweizerische Vereinigung des leitenden Personals der psychiatrischen Krankenpflege SVLPPK, 1945-1999 Die Arbeitsgemeinschaft des Oberpflegepersonals der schweizerischen psychiatrischen Heilanstalten wurde 1944 gegründet, um die Ausbildung in psychiatrischer Krankenpflege zu fördern, Oberschwester und Oberpflegern Fortbildungskurse anzubieten, mehr Mitsprache bei den Klinikleitungen erreichen und das Psychiatriepflegepersonal ideell und materiell besser zu stellen; SozArch 31, Schweizerische Zentralstelle für praktische Psychiatrie, 1925-1982. Die Zentralstelle entstand unter der massgeblichen Beteiligung des Berner Psychiaters Walter Morgenthaler, des VPOD und verschiedener Klinikdirektoren. Die Hauptaufgabe bestand in der Förderung der Aus- und Weiterbildung des Pflegepersonals, Stellenvermittlung, Mitarbeit an der Berufszeitschrift *Die Irrenpflege*: Vgl. auch SozArch 201.96, SchulleiterInnenkonferenz der Psychiatrischen Krankenpflege, 1978-1998. Literatur zur Geschichte der Pflege in der Schweiz: Braunschweig, *Pflege – Räume, Macht und Alltag*, 2006; Roth, *Arbeit am Pflegewissen*, 2010.

1 Einleitung

von Psychopharmaka in den psychiatrischen Kliniken konzentriert, ist es möglich, Erkenntnisse zur Rolle der Pflege bei der Einführung von Psychopharmaka zu gewinnen, auf die in Kapitel 3 und Kapitel 4 eingegangen wird.⁵⁹

Die vorliegende Studie schliesst sich der Erkenntnis, dass Psychopharmaka durch eine fundamentale Ambivalenz gekennzeichnet sind, an. Die Studie versucht darzustellen, dass die psychopharmakologischen Behandlungen und Forschungen durch Nichtwissen, Unsicherheit und Widersprüche geprägt waren. Dafür bietet sich die Auseinandersetzung mit der klinisch-therapeutischen Anwendung von Psychopharmaka während und nach der *pharmakologischen Wende* in der Psychiatrie an. Das Erkenntnisinteresse richtet sich in erster Linie auf die psychiatrische Praxis im Klinikalltag und bei der Durchführung von Versuchen mit Psychopharmaka. Die Forschungsarbeit geht von der These aus, dass die Behandlungen mit Psychopharmaka Mischformen von Therapie und Experiment waren. Gerade weil die Patienten therapiert wurden, waren sie Teil des Experiments und der Erfolg der Behandlung hing wiederum davon ab, wie produktiv die Forschung war, die die pharmazeutische Industrie in Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Kliniken betrieb. Zudem stellen die Schwierigkeiten,

⁵⁹ Die Untersuchung von Praktiken ist eine Methode der Neuen Kulturgeschichte, an der sich die vorliegende Studie orientiert. Vgl. Tschopp/ Weber, Grundfragen der Kulturgeschichte, 2007, S. 73, 77ff. Zudem werden nicht entweder Prozesse oder Praktiken betrachten, sondern in Zoombewegungen sowohl der Mikro- als auch der Makrofokus verwendet und dementsprechend eine Geschichte mit mehreren Ebenen geschrieben.

1 Einleitung

die Effekte der Medikamente zu bestimmen, eine Konstante in der Geschichte der Psychopharmaka dar.⁶⁰

In beiden untersuchten Kliniken bestand die erwähnte Mischform von Therapie und Experiment, da es sich um einen generellen Aspekt der Verwendung von Psychopharmaka handelte. Der Umgang damit war bei den ExponentInnen der Kliniken verschieden. Daraus lässt sich schliessen, dass es keine einheitliche Ausgestaltung von therapeutischer Forschung gab. Die Einrichtung einer Forschungsabteilung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich änderte den Umgang mit der Mischform von Therapie und Experiment dahingehend, dass der experimentelle Charakter des Psychopharmakagebrauchs offiziell gemacht wurde. Durch die Forschungsabteilung offiziellisiert, erschienen die experimentellen Eigenschaften auf eine neue Weise kontrollierbar, was in der Berichterstattung über die Psychopharmaka-Prüfungen sichtbar wurde.⁶¹

Auf einer diskursiven Ebene interessiert die Kritik an der Psychiatrie und ihren Behandlungs- und Forschungsmethoden. Weil der Schwerpunkt der Arbeit auf der Praxis liegt, wird darauf erst im hinteren Teil der Arbeit eingegangen. Kapitel 5 befasst sich mit der in den 1960er Jahren formulierten Kritik an der Institution Psychiatrie. Die

⁶⁰ Der Sammelband von Sabine Braunschweig, *Pflege – Räume, Macht und Alltag*, 2006 beinhaltet zahlreiche Beiträge, welche die Veränderung von Pflegepraktiken und die Auswirkungen auf die Machtverhältnisse thematisieren. Konflikte bilden darin den Ausgangspunkt, um Handlungsspielräume zu umreissen. Die vorliegende Studie konzentriert sich auf die Schwierigkeiten beim Gebrauch und bei der Erprobung von Psychopharmaka und thematisiert Widersprüche, um die Mischformen von Therapie und Experiment zu umreissen.

⁶¹ Vgl. Kapitel 2 und Kapitel 3.

1 Einleitung

Psychiatrie erweist sich dabei als ein Debattierfeld, auf dem die Diskussion über Psychopharmaka als Abbild einer umfassenderen Kritik der Psychiatrie gesehen werden kann. Dabei treten die Widersprüchlichkeiten in der Wahrnehmung der Psychopharmaka deutlich hervor. An den Psychopharmaka kristallisiert sich das weit verbreitete Unbehagen gegenüber der modernen Medizin⁶² und die Skepsis gegenüber den Strategien der Pharmakonzerne⁶³ ebenso wie die hochfliegenden Erwartungen, die Medikamente zu Hoffnungsträgerinnen machen.⁶⁴

Psychopharmaka befanden und befinden sich in einem mehrpoligen Spannungsfeld von Kontroversen. Die PatientInnen, Angehörige, PsychiaterInnen, das Pflegepersonal, die VertreterInnen der Antipsychiatrie, die Medien, die pharmazeutische Industrie und die medizinische Forschung – sie alle äussern unterschiedliche Meinungen bezüglich Wirkung, Dosis, Anwendung, Gefahren und Nützlichkeit der Medikamente.⁶⁵ Die Begegnung von Körper und psychoaktiven Sub-

⁶² Vgl. Speaker, From „Happiness Pills“ to „National Nightmare“, 1997.

⁶³ Vgl. Pignarre, Psychotrope Kräfte, 2006; Healy, The Creation of Psychopharmacology, 2002; Ders., Let Them Eat Prozac, 2004; Angell, The Truth About the Drug Companies, 2004; Dies., Drug Companies & Doctors, 2009; Vgl. für eine aktuelle Bibliographie zur Schweizer Pharmaforschung: Bürgi, Pharmaforschung im 20. Jahrhundert, 2011.

⁶⁴ Vgl. Maranto, Quest for Perfection, 1996; Rothman/ Rothman, The Pursuit of Perfection, 2003; Hogle, Enhancement Technologies and the Body, 2005.

⁶⁵ Vgl. Pignarre, Psychotrope Kräfte, 2006, S. 32; Vgl. zur Zwangsproblematik und *Non-Compliance*: Brooks, The Constitutional Right to Refuse Antipsychotic Medications, 1980; Haynes/ Taylor/ Sackett, Compliance-Handbuch, 1986; Finzen et al., Hilfe wider Willen, 1993; Forman, Medication: Reasons and Interventions for Noncompliance, 1993; Meier/ Hürlimann/ Bernet, Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870-1970, 2002, 18f.; Meier et al., Zwang zur Ordnung, 2007; Vgl. zur Einwilligung in psychiatrische Behandlungsmethoden: Vollmann, Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie, 2000.

1 Einleitung

stanzen ist stets riskant. Weil „Pharmakon“ sowohl Heilmittel als auch Gift bedeutet,⁶⁶ haben diese Substanzen einerseits das Potential als Therapiemittel eingesetzt zu werden, andererseits können sie kontext- und dosisabhängig auch gefährlich sein.

Als Konsequenz dieser Situation sind in internationalen wissenschafts-, medizin- und pharmaziegeschichtlichen Studien die Regulierung des Medikamentenmarktes und die Zulassungsbestimmungen von Medikamenten detailliert untersucht und dargestellt worden.⁶⁷ Nicole Schaad spricht vom langen Weg eines Heilmittels, das dieses von der Herstellung im Labor bis zur Markteinführung zurücklegen muss. Verbunden damit sind strenge Anforderungen, die ChemikerInnen, PharmakologInnen, ÄrztInnen und Industrielle an die neuen Substanzen stellen. Eine von zahlreichen Hürden sind die pharmakologischen und klinischen Versuche hinsichtlich Toxizität, Dosierung und Wirksamkeit.⁶⁸

1.4 Die Quellen

Die Arbeit stützt sich auf ein heterogenes Quellenkorpus. Es besteht aus unveröffentlichten Korrespondenzen, Krankenakten, Verwaltungsakten und Handzetteln sowie veröffentlichten Fachzeitschriftenarti-

⁶⁶ Vgl. NZZ, Begriffe zur Lehre der Arzneimittel, 25.07.1994, S. 21.

⁶⁷ Vgl. Daemmerich, A Tale of Two Experts, 2002; Ders., Pharmapolitics, 2004; Abraham/ Davis, Testing Times, 2006; Gaudillière/ Hess, Ways of Regulating, 2008; Hickel, Die Arzneimittel in der Geschichte, 2008.

⁶⁸ Schaad, Von der Imitation zur Innovation, 2001, S. 159.

1 Einleitung

keln, Jahresberichten, Festschriften, Zeitungsartikeln, Lehrbüchern, Kompendien und Indizes.

Kompendien und Indizes für Psychopharmaka und Lehrbücher der Psychiatrie, die innerhalb des Untersuchungszeitraums entstanden, sind von Interesse für die vorliegende Studie. In ihnen zeigen sich Lehrmeinungen, Einteilungsversuche um die Medikamente zu gruppieren, Indikationsstellungen und begriffliche Veränderungen.

Da die Psychopharmaka erhebliche Kritik innerhalb und ausserhalb der psychiatrischen Kliniken hervorriefen, gilt die Aufmerksamkeit auch den psychiatriekritischen Texten zu den Psychopharmaka. 1978 wurde die Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana (PMS) gegründet, um die Anliegen psychisch Kranker in der Öffentlichkeit und gegenüber den Behörden zu vertreten. Die Jahres- und Tagungsberichte sowie das Heft *PMS aktuell*, das viermal jährlich erscheint, sind im Schweizerischen Sozialarchiv in Zürich zugänglich. Dasselbe gilt für die Dokumente des Frauenwiderstandes gegen Psychiatrie und Isolation, der Ende der 1980er Jahre mit Aktionen und Plakaten seine Kritik an der Psychiatrie kund tat.⁶⁹

Die Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich übergab Ende der 1990er Jahre einen Grossteil ihrer Akten dem Staatsarchiv des Kantons Zürich.⁷⁰ So gelangten zwischen 1999 und 2002 über 360 Bände, 150 Bundesordner, 55 Couverts, 115 Standschachteln, 30 Faszikel, 60 Hefte und Mappen sowie über 100 Schachteln mit Fotoaufnahmen

⁶⁹ Die verwendeten Quellen werden in den einzelnen Kapitel thematisiert, zudem wird auf die Methoden hingewiesen.

⁷⁰ Vgl. Meier/ Hürlimann/ Bernet, Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870-1970, 2002, S. 10.

1 Einleitung

und Kartonmappen mit Plänen sowie zusätzlich 5 Laufmeter weitere Akten von der Klinik ins Staatsarchiv. Dabei handelte es sich um Verwaltungsakten, die hauptsächlich im Zeitraum 1940 bis 1970 entstanden. Wobei es auch Dokumente gibt, die bis in die 1870er Jahren zurückgehen.

Die Verwaltungsakten der PUK sind im Staatsarchiv des Kantons Zürich provisorisch geordnet und unter der Signatur Z 99 inventarisiert. Es gibt noch keine Nummerierung der Bände, Ordner und Schachteln durch das Archiv. Zudem gibt es keine Kurzbeschreibung der einzelnen Teile des gesamten Aktenbestandes der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Stattdessen sind die Nummern und Titel, welche die Klinik den Akten gab, in einem summarischen Verzeichnis notiert. Die Zitierweise in der vorliegenden Arbeit wurde in Absprache mit dem Staatsarchiv vorgenommen.⁷¹

Die Krankenakten sind mit der Signatur Z 100 versehen und befinden sich im Zustand, in dem die Klinikleitung sie dem Archiv übergab. Das bedeutet, dass auf den Dossiers jeweils der PatientInnenname und die Ein- und Austrittsdaten mit den entsprechenden Krankenaktennummern notiert sind. Als Findmittel dienen die Aufnahmebücher der Klinik. Die genaue Anzahl der im Staatsarchiv Zürich gelagerten Krankenakten der Psychiatrischen Universitätsklinik sowie der Psychiatrischen Poliklinik kann weder von der Klinikleitung noch von Archiv-

⁷¹ Die Auswahl aus dem Gesamtbestand der Verwaltungsakten fiel auf acht Schachteln, die Akten aus dem Zeitraum 1953 bis 1982 enthalten und deren Inhalt im Anhang kurz beschrieben wird und aus denen die in der Arbeit verwendeten Dokumente ausgewählt wurden. Vgl. für die Archivbestände des summarischen Verzeichnisses der PUK-Akten die ausführliche Beschreibung im Anhang Kapitel 11, S. 363f.

1 Einleitung

mitarbeitenden beziffert werden.⁷² Sicher ist, dass die Anzahl Krankenakten unter den Aufnahmezahlen liegt, weil Mehrfacheintritte des gleichen Patienten in einem Dossier abgelegt wurden. Die Hälfte aller Aufnahmen im Zeitraum 1950 bis 1970 waren Wiederaufnahmen.⁷³

Für die vorliegende Arbeit wurden auch die Jahresberichte der PUK in der Zentralbibliothek Zürich gesichtet und für die historische Forschung verwendet. Da über die medikamentösen Behandlungen ein Statistik geführt wurde, konnten diese quantitativen Angaben in die vorliegende Arbeit aufgenommen werden. Zudem wurde die Berichtserstattung über die Medikamente qualitativ mit einem inhaltsanalytischen Ansatz betrachtet. Auch erwiesen sich der „Zehnjahresbericht der Forschungsabteilung 1969-1979“ und der Bericht „Zwanzig Jahre Forschungsabteilung 1969-1989“ als wichtiges Material, um die Entstehung und Funktion der Forschungsabteilung zu rekonstruieren. Die beiden Berichte sind in der wissenschaftlichen Bibliothek der Psychiatrischen Klinik Zürich aufbewahrt.

Die Auseinandersetzung mit der Forschungsabteilung der PUK stützt sich auf Publikationen von PsychiaterInnen der Abteilung in den 1970er Jahren, sowie auf ein Interview mit der Psychiaterin der Forschungsabteilung, Brigitte Woggon, im Jahr 2008. Mit dem Quellenmaterial war es möglich, die Sichtweisen auf die methodischen

⁷² Meier/ Hürlimann/ Bernet, Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870-1970, 2002, S. 28.

⁷³ Vgl. Aufnahme- und Behandlungsstatistik im Anhang Kapitel 11, S. 354f. Aufnahmen 1950-1970 gemäss Aufnahmebüchern 26'187 und gemäss Jahresberichten der PUK 26'168. Da die Bewilligung für die Einsicht in die Krankenakten der PUK schwierig ist, wurde der Antrag für die Akteneinsicht auf den Zeitraum 1950 bis 1970 beschränkt. Vgl. auch Kapitel 7.1.

1 Einleitung

und praktischen Probleme der Prüfungen zu rekonstruieren. Im Vordergrund steht die Betrachtung der Psychopharmaka-Prüfungen als Schnittstelle zwischen wissenschaftlicher Tätigkeit und praktischer, therapeutischer Versorgung in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Das Archiv der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen umfasst Akten der Klinik aus dem Zeitraum 1840 bis 1980. Zudem gibt es analoge Reihen des Klinikarchivs von 1980 bis heute in der Klinik Münsterlingen. Als für diese Studie relevant hat sich in erster Linie die Korrespondenz zwischen Klinik und Pharmaindustrie im Zeitraum 1953 bis 1979 erwiesen. Das Archiv der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen ist, nach Meinung des Staatsarchivars, neben dem Archiv des Klosters der wichtigste Quellenbestand des Staatsarchivs Frauenfeld. Der gesamte Bestand der Kranken- und Verwaltungsakten ist systematisch unter der Signatur 9'10 geordnet und die Einheitenliste kann im Computer des Archivs abgefragt werden.⁷⁴

Da die Forschung und Behandlung mit Psychopharmaka relevant für die vorliegende Studie ist, konzentrierte sich die Quellenauswahl auf die Signatur 9'10, 9.5 mit der Bezeichnung „Forschung, Therapie: Klinische Forschung, Prüfung chemischer Substanzen“, worunter sechs Dossiers abgelegt sind. Darin enthalten sind Dokumente, die im Zeitraum 1953 bis 1979 entstanden. Obwohl auch Krankenakten der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen gesichtet wurden, fanden aus-

⁷⁴ Vgl. zum Zugang zu den Verwaltungs- und Krankenakten Kapitel 7.1 in der vorliegenden Studie.

1 Einleitung

schliesslich Krankenakten der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich Eingang in der vorliegenden Arbeit.⁷⁵

In der Dokumentation der Korrespondenz zwischen der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen und den Pharmafirmen, finden sich auch Angaben zum Geigy-Präparat G 22355, das ab 1958 als Antidepressiva mit dem Namen Tofranil verkauft wurde. Mit dieser Substanz erzielte die Firma Geigy einen grossen wirtschaftlichen Erfolg und der Klinikpsychiater in Münsterlingen, Roland Kuhn, verdankte seine wissenschaftliche Karriere diesem Präparat. In der Funktion als Wissenschaftler publizierte Roland Kuhn zahlreiche Artikel, die thematisch von der Daseinsanalyse über Psychopharmaka bis zur Zukunft der Psychiatrie reichten. Für die vorliegende Arbeit wurden zwei Artikel von Roland Kuhn ausgewählt, in denen er sich zu seinen Erfahrungen mit der Anwendung von Psychopharmaka äusserte. Es handelt sich erstens um eine Publikation in der *Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift* aus dem Jahr 1957 mit dem Titel „Über die Behandlung depressiver Zustände mit einem Iminodibenzylderivat (G 22355)“. Dieser Artikel ist eine Darstellung von Kuhns Arbeit mit einem Versuchspräparat, das er in seiner Klinik anwandte. Zweitens um eine Publikation im *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 1959 über „Probleme der klinischen und poliklinischen Anwendung psychopharmakologisch wirksamer Substanzen“.

Roland Kuhn war sowohl für Diskussionsveranstaltungen zu Problemen und Möglichkeiten von Psychopharmaka sehr gefragt, als auch als

⁷⁵ Vgl. dazu ausführlich Kapitel 4.4.1 in der vorliegenden Arbeit.

1 Einleitung

Ansprechperson bei Unklarheiten, bezüglich den Medikamenten. Dazu zählt ein Brief der Psychiatrischen Klinik in Mendrisio, die sich bei Roland Kuhn über mögliche Beeinträchtigungen des Personals durch das Hantieren mit und Einatmen von Largactil erkundigte. Weil er einen weiteren Aspekt der Nebenwirkungen der neuen Mittel ansprach, der nicht die PatientInnen, sondern das Personal betraf, wurde dieser Brief in die Arbeit aufgenommen.

Die Jahres- und Jubiläumsberichte der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen wurden im Hinblick auf die neuen Medikamente gelesen und qualitativ ausgewertet. Die Klinik in Münsterlingen führte keine Statistik über die durchgeführten medikamentösen Behandlungen. Die Berichte lieferten jedoch wichtige Informationen über die Klinik allgemein und ihren Kontext sowie über das Personal. Die Jahresberichte sind im Staatsarchiv Thurgau in Frauenfeld einsehbar.

2 Versuchspräparate in den Kliniken

1950–1980

Dieses Kapitel setzt sich mit klinischen Versuchen mit Psychopharmaka in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen im Zeitraum 1950 bis 1980 auseinander. Die Untersuchung widmet sich sowohl der Entwicklung der Forschung mit Psychopharmaka, als auch den Veränderungen in den psychiatrischen Kliniken. Diese zweifache Perspektive ist wichtig, weil es sich bei der klinischen Forschung um ein Tätigkeitsfeld handelt, in dem Klinik und Forschung zusammenkamen. Eine entscheidende Rolle nahm dabei die pharmazeutischen Industrie ein, die auf Prüfungsergebnisse aus den psychiatrischen Kliniken angewiesen war und zudem Interesse daran hatte, dass die Psychopharmaka auch im Klinikalltag zur Anwendung kamen. Die Berichte über die Anwendung von Psychopharmaka in der psychiatrischen Klinik waren Bestandteil des Zulassungsprozesses, um ein Arzneimittel zu registrieren. Damit sind die drei Themen – psychiatrische Kliniken, Arzneimittelregulierung und Versuchspräparate der Pharmaindustrie – angesprochen, entlang denen das Kapitel [2](#) gegliedert ist.

Klinische Forschung ist Forschung am kranken Menschen. Das übergeordnete Ziel der klinischen Forschung ist die Verbesserung der bestehenden Therapiemethoden und die Suche nach besseren Therapieverfahren. Klinische Forschung ist jedoch nicht nur Therapieforschung,

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

sondern befasst sich auch mit Fragen der Diagnostik und Klassifikation von Krankheiten und Grundlagenforschung.⁷⁶ Die Therapieforschung in der Psychiatrie umfasst pharmakotherapeutische und nicht-medikamentöse Ansätze, wobei in dieser Untersuchung auf erstere eingegangen wird.

Die klinische Forschung hat das Interesse von HistorikerInnen geweckt, weil sich entlang der Entwicklung der klinischen Versuche die Geschichte der Biomedizin erzählen lässt.⁷⁷ Vor allem der US-amerikanische Kontext stellt ein gut erforschtes Gebiet dar. Dabei wurde die Rolle des Staates als *Scientific Entrepreneur*, die Beziehung von experimenteller Medizin und klinischer Versorgung sowie die zunehmende Institutionalisierung der Zusammenarbeit von pharmazeutischem Labor und Klinik analysiert.⁷⁸

Die vorliegende Studie interessiert sich für die psychiatrische Klinik als Ort, an dem klinische Forschung mit Psychopharmaka stattfand. Die psychiatrischen Kliniken, wie die aus den Irren- und Heilanstalten des 19. Jahrhunderts hervorgegangen Einrichtungen seit den 1960er Jahren heissen, sind Refugien für die Lebensmüden, Irrsinnigen, verrückten Alten und jene Gestalten, die den gesellschaftlichen Normvorstellungen nicht entsprechen. Psychiatrisiert werden Menschen, die mit dem Leben nicht mehr zurechtkommen und die für sich oder andere

⁷⁶ Vgl. Spiegel, Einführung in die Psychopharmakologie, 1988, S. 142.

⁷⁷ Vgl. Valier/ Timmermann, Clinical Trials and the Reorganization of Medical Research in post-Second World War Britain, 2008, S. 493-510.

⁷⁸ Vgl. Keating/Cambrosio, From Screening to Clinical Research, 2002, S. 299-334; Löwy, Between Bench and Bedside, 1996; Marks, The Progress of Experiment, 1997.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

eine Gefahr darstellen. Ein Mensch, dessen Psyche den zentrifugalen Kräften der täglichen Anforderungen nicht mehr standhalten kann, fällt aus der sozialen Gemeinschaft heraus. Der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik ist auch eine Ausgrenzung aus der Gesellschaft und eine Eingrenzung des kranken Menschen in eine Institution mit ordnenden und kontrollierenden Regeln.⁷⁹

Es gibt keine einheitliche Schweizer Psychiatrie, weil sich auch in diesem Bereich des Gesundheitswesens die föderale Struktur der Schweiz mit ihren zusätzlichen Sprachregionen bemerkbar macht. Trotzdem lassen sich einige Tendenzen sowohl für die Schweiz als auch für die internationale Entwicklung der Psychiatrie festhalten. In zwei grossen Reformphasen im 19. Jahrhundert und Ende der 1960er Jahre hatte sich die Psychiatrie in Europa und den USA weit entfernt von den schrecklichen und menschenunwürdigen Kerkern, in die bis Ende des 18. Jahrhunderts Menschen, die als aufsässig und sozial unbequem galten, interniert wurden.⁸⁰ Die Psychiatrie war im 19. Jahrhundert aufnahmefähig für die Kritik von Aussen, integrierte diese, veränderte sich zur modernen Anstaltspsychiatrie und konnte sich nach und nach vom Bild einer Institution für Geisteskranke, in der Chaos, Misere und Brutalität herrschen, lösen.⁸¹ Brachiale körperliche Behandlungen, Wasserbestrahlungen, Deckelbäder, Elektroschocks, Zwangs-

⁷⁹ Vgl. zum Doppelmandat der Psychiatrie: Bernet, *Anstalten machen*, 2007, o.S.; Zum Ausgrenzungsauftrag vgl. die Überlegung des Psychiaters Daniel Hell, an der Tagung „Psychiatrie und Öffentlichkeit“ am 03.03.2005, Bericht von Brigitta Bernet online im Internet.

⁸⁰ Vgl. Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, 1999, S. 23.

⁸¹ Vgl. Barrett, *The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia*, 1996, S. 1; Sacks, *The Lost Virtues of the Asylum*, 2009, S. 50.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

jacken und gefährliche Schlafkuren mit Insulin und Malariaerregern gehören der Vergangenheit an.

Heute zeigen sich die psychiatrischen Kliniken offen, ihre administrativen und medizinischen LeiterInnen suchen den öffentlichen Dialog und sind um einen gesellschaftlichen Konsens über die psychiatrischen Tätigkeiten bemüht.⁸² Trotz dieser Offenheit liegen die Nervenstränge in aktuellen Diskussionen über die Psychiatrie schnell blank und für einen Skandal, der in einer Psychiatrieschelte endet, muss nicht weit gesucht werden.⁸³ Die Psychiatrie ist Gegenstand des öffentlichen Misstrauens. Über das, was „hinter den Mauern“ der psychiatrischen Kliniken passiert, bestehen Zerrbilder und kursieren wilde Spekulationen.⁸⁴ Die psychiatrischen Kliniken und die PatientInnen umgeben einen Hauch des Unheimlichen und sind Projektionsflächen kollektiver Ängste. Die Vorstellung darüber, was die PsychiaterInnen in der Klinik genau tun, bietet Raum für dunkle Phantasien. Die Medien können in Anbetracht dieser Sensitivität darauf setzen, dass die Thematisierung der Psychiatrie die volle Aufmerksamkeit eines vermeintlich aufgeklärten Publikums auf sich zieht.⁸⁵

Das Misstrauen und die Anspannung stehen im Kontrast zur tatsächlichen Öffnung und Veränderung der Psychiatrie. Den Dialog mit der Öffentlichkeit suchten und suchen die Direktoren der psychiatri-

⁸² Vgl. auch: Weber, *Seelengeschichten*, 1996, S. 6.

⁸³ Vgl. Kapitel 5.4.

⁸⁴ Vgl. dazu die Überlegung des Psychiaters Daniel Hell, an der Tagung „Psychiatrie und Öffentlichkeit“ am 03.03.2005, Bericht von Brigitta Bernet online im Internet.

⁸⁵ Vgl. Weber, *Seelengeschichten*, 1996, S. 6.

schen Kliniken. Ein Beispiel ist Roland Kuhn, der von 1971 bis 1980 Direktor der Klinik in Münsterlingen war. Er hielt Vorträge, publizierte Beiträge und veröffentlichte kurz vor seinem Tod 2005 ein Buch, in dem er seine Gedanken über eine zukünftigen Psychiatrie niederschrieb.⁸⁶

2.1 Zwei psychiatrische Kliniken als Untersuchungsobjekte

Mit europaweiten Reformprozessen in der Psychiatrie, die dazu führten, dass Irre nicht mehr als gefährlich Wesen, die unschädlich zu machen seien, betrachtet wurden, ging der Aufbau von Heilanstalten einher. In den folgenden Kapiteln wird die Geschichte der beiden psychiatrischen Kliniken in Münsterlingen und Zürich geschildert.

Zur Geschichte der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen gibt es ausschliesslich Literatur, die von Psychiatern verfasst wurde, die an der Klinik tätig waren. Die Quellenlage hat Implikationen für die Darstellung der Geschichte der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen, denn es ist naheliegend, dass die von den Klinikdirektoren Roland Kuhn und Karl Studer verfassten Ausführungen zur Klinik durch ihre eigene Tätigkeit an derselben beeinflusst sind. Diese Tatsache gilt es nicht zu werten, sondern lediglich zu bedenken und verweist auf ein Forschungsdesiderat. Im Gegensatz dazu wurde die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich von HistorikerInnen aber auch JournalistInnen eingehend beschrieben und analysiert. Diese Arbeit

⁸⁶ Kuhn, Psychiatrie mit Zukunft, 2004.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

wäre für die Psychiatrische Klinik im Kanton Thurgau noch zu leisten. Dazu würde auch die Beschreibung und Veränderung des institutionellen *Settings* gehören, das die Grundlage bietet, um die Zusammenarbeit unterschiedlicher Einrichtungen und Institutionen über einen längeren Zeitraum hinweg zu untersuchen. Da diese Arbeit noch nicht geleistet wurde, wird in der vorliegenden Studie auf die bestehende Literatur zurückgegriffen, deren Autoren die ehemaligen Klinikdirektoren Roland Kuhn und Karl Studer sind.

Zur Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich gibt es zahlreiche Literatur, welche die Institutionsgeschichte bis ins 19. Jahrhundert nachzeichnet.⁸⁷ Einen Beitrag zum Verständnis des institutionellen Settings der Zürcher Psychiatrie zwischen 1870 und 1970, zu dem nicht nur die Universitätsklinik, sondern auch die Klinik Rheinau gehörte, leisten die Ausführungen im Buch „Zwang zur Ordnung. Zürcher Psychiatrie 1870–1970“. Die Historikerin Marietta Meier und ihre KollegInnen beschreiben darin die Entstehung der Zürcher Anstaltspsychiatrie.⁸⁸ Damit ist eine wichtige Arbeit geleistet, die es ermöglicht, psychiatriehistorische Studien nicht nur auf die Geschichtsschreibung von Psychiatern zu stellen, sondern sozial-, geschlechter-, und kulturgeschichtliche Erkenntnisse zur Verfügung zu haben.

⁸⁷ expl. Bleuler, Geschichte des Burghölzlis, 1951, S. 377-425; Ders., Krankenbehandlung, 1970, S. 30-36; Bleuler/ Walser/ Hillmann et al., Hundert Jahre Kantonale Psychiatrische Universitätsklinik Zürich 1870-1970, 1970.

⁸⁸ Meier et al., Zwang zur Ordnung, 2007, S. 47-85.

2.1.1 Von der Irrenanstalt zur Spital Thurgau AG

Der Kanton Thurgau beschloss 1825 eine Kantonale Krankenanstalt für körperlich und psychisch Kranke zu errichten. 1838 entstand im Frauenkloster Münsterlingen das Kantonsspital. Im Gästehaus am See wurden Zellen für die Aufnahme von 20 psychisch Kranken eingerichtet. 12 Jahre später übernahm der Psychiater Ludwig Binswanger das Haus am See in Münsterlingen und errichtete zusätzlich 1857 die private Klinik Bellevue für psychisch Kranke in Kreuzlingen.⁸⁹

Die Irrenanstalt am See war für erregte PatientInnen gedacht, die auf intensive Pflege angewiesen waren. Doch die Einrichtung reichte bald nicht mehr aus. Deshalb wurde die Anstalt zwischen 1893 und 1897 neu gebaut. Die Gärten und der Nähe zum See dienten den Kranken zur Beschäftigung und Erholung.⁹⁰

In den 1920er Jahren entstanden auf dem Gelände der Anstalt zusätzliche Häuser und Pflegeabteilungen. Zu den bestehenden Abteilungen, die die Namen Vorderhaus, Hinterhaus und Privathaus B trugen, kamen weitere Häuser hinzu, die nach dem ersten Buchstaben der Namen bedeutender Psychiater benannt wurden (beispielsweise F für Forel und B für Bleuler).⁹¹ Zudem entstand ein psychiatrisches Ambulatorium, das jedoch unter Direktor Adolf Zolliker nicht weitergeführt wurde. Die ambulanten PatientInnen wurden ab 1939 in den Privatkliniken Bellevue Kreuzlingen, Friedheim Zihlschlacht und Littenheid

⁸⁹ Vgl. Studer, Thurgauer Psychiatrie, 2002, S. 2854.

⁹⁰ Vgl. Ebd., S. 2855.

⁹¹ Vgl. Kuhn, Geschichte und Entwicklung der Psychiatrischen Klinik, 1990, S. 102.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

von PsychiaterInnen behandelt. Erst Roland Kuhn organisierte bei seiner Amtsübernahme 1970 wieder einen ambulanten Dienst.⁹²

Die Thurgauische Irrenanstalt wurde 1939 in die Thurgauische Heil- und Pflegeanstalt und 1966 in die Psychiatrische Klinik Münsterlingen umbenannt. Im Jahresbericht aus dem Jahr 1965 schreibt die Klinikleitung, dass es eine schweizweite Entwicklung sei, dass Anstalten sich nun Kliniken nennen und die Klinik in Münsterlingen dem nicht nachstehen möchte.⁹³ Bis 1978 herrschte eine strikte Trennung zwischen Männer- und Frauenabteilungen.⁹⁴

Im Zeitraum zwischen 1950 und 1970 nahm die Klinik ungefähr 340 PatientInnen pro Jahr auf und beherbergte durchschnittlich 690 PatientInnen.⁹⁵ Im Untersuchungszeitraum nahm die Bettenzahl in der Klinik stetig ab, während die Anzahl der Behandelten zunahm. Damit einher ging die steigende Entlassungsrate, die in Studien zur Geschichte der Psychiatrie häufig thematisiert und oft mit den medikamentösen Therapien in Verbindung gesetzt wird.⁹⁶ Der Psychiater Roland Kuhn beschrieb 1990 in seinem Beitrag zu „150 Jahre Münsterlingen“ die „Geschichte und Entwicklung der Psychiatrischen Klinik“

⁹² Vgl. Ebd., S. 122.

⁹³ JB PKM 1965, S. 3.

⁹⁴ Vgl. Studer, Thurgauer Psychiatrie, 2002, S. 2855.

⁹⁵ Statistik für den Zeitraum 1950–1970 im Anhang Kapitel 11, S. 356; Für die 1970er Jahre gelten ungefähr gleiche Werte. Weiterführende Literatur zur Klinik in Münsterlingen: Kuhn, Beobachtungen und Erfahrungen, 1968, S. 5-13; Ders., Geschichte und Entwicklung der Psychiatrischen Klinik, 1990, S. 99-125; Ders., Psychiatrie mit Zukunft 2004.

⁹⁶ Vgl. expl. Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 1999, S. 418; Pöldinger, Kompendium der Psychopharmakotherapie, 1967, S. 30. Die vorliegende Studie geht darauf in Kapitel 5.1 genauer ein und zeigt die unterschiedlichen Interpretationen der PatientInnenfluktuation und Bettenbestände auf.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

und erklärte die kontinuierliche Abnahme der Belegung als Folge der steigenden Zahl an Alters- und Pflegeheimen im Kanton.⁹⁷

Als Roland Kuhn im Mai 1970 das Amt seines Vorgängers Adolf Zolliker übernahm und Direktor der Klinik wurde, bestand eine seiner ersten Amtshandlungen darin, die vorhandenen Gebäude von Fachpersonen überprüfen zu lassen. Es zeigte sich, dass die neuen Bauten für die Kranken auf einem Stand der 1920er Jahre waren, während bei den übrigen Bauten der Rückstand mehr als 50 Jahre betrug.⁹⁸ Die Ausarbeitung der Renovierungs- und Umbaupläne dauerte bis zum Rücktritt Kuhns im Januar 1980, dann konnten die Projekte unter dem Klinikdirektor Karl Studer im wesentlichen realisiert werden. Im Vordergrund standen die Bemühungen, die Psychiatrische Klinik zu einer wohnlichen Klinik umzubauen.⁹⁹

Die Klinikleitung formulierte in Zusammenarbeit mit ExpertInnen das Psychiatriekonzept des Kantons Thurgau, das 1981 vom Regierungsrat angenommen wurde. Zentraler Punkt darin war die regionale Organisation der Psychiatrie: Der Kanton beteiligte sich auch an der Privaten Klinik Littenheid und ermöglichte damit, dass PatientInnen in ihrer Wohnregion bleiben konnten. Zudem konnte die Aufenthaltsdauer in der Klinik verkürzt werden, weil ambulante und sozialpsychiatrische Einrichtungen in der Region entstanden.¹⁰⁰ Dieses Konzept hatte Bestand, erforderte aber auch organisatorische Umgestaltungen:

⁹⁷ Vgl. Kuhn, *Geschichte und Entwicklung der Psychiatrischen Klinik*, 1990, S. 107.

⁹⁸ Vgl. Ebd., S. 104.

⁹⁹ Vgl. Studer, *Die Psychiatrische Klinik Münsterlingen heute*, 1990, S. 153.

¹⁰⁰ Vgl. Ebd., S. 151-153.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

Der Klinikdirektor musste mit den Einrichtungen der so genannten externen Psychiatrie verbunden sein. Dabei machten sich aufgrund der zahlreichen unterschiedlichen Einrichtungen erhebliche Führungsschwierigkeiten bemerkbar. Im Jahr 2000 wurde die Spital Thurgau AG gegründet, in die auch die Klinik eingebunden wurde und mit ihr die Externen Psychiatrischen Dienste und der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst.¹⁰¹ Mit diesem Schritt wurden die vormals unselbständigen öffentlich-rechtlichen Kantonsspitäler Frauenfeld und Münsterlingen, die Psychiatrischen Dienste und die Klinik St. Katharinental in Form einer Betriebsaktiengesellschaft verselbständigt.

Die Privatisierung psychiatrischer Institutionen ist bisher zwar diskutiert und kritisiert worden, eine zeitgeschichtliche Auseinandersetzung steht jedoch noch aus. Eine solche Analyse könnte über die Kosten-Nutzen-Abwägung einer staatlich oder nicht-staatlich organisierten Psychiatrie hinausgehen und sich dem Phänomen „Unternehmen Psychiatrie“ als eine Erscheinungen des *New Public Managements* nähern. Gemeint sind damit neue Führungs- und Steuerungsmodelle, mit denen Staatsbetriebe reorganisiert werden. In den 1970er Jahren weltweit eingeleitet und durchgesetzt, begann ein Reorganisationsprozess in der Verwaltung, über den öffentlichen Dienst, die Sozialversicherungen bis zu den öffentlichen Finanzen.¹⁰²

¹⁰¹ Vgl. Psychiatrische Dienste Thurgau, online im Internet.

¹⁰² Vgl. Guex, Über Jargon und Finanzsoziologie, 2001, S. 9; Klöti, Einleitung, 2001, S. 1-5; Pelizzari, Die Ökonomisierung des Politischen, 2001; Leu et al., Privatisierung auf kantonaler und kommunaler Ebene, 1993.

2.1.2 Vom Burghölzli zur Universitätsklinik

In Zürich fand die bürgerliche Irrenreformbewegung zwischen 1812 und 1817 ihren Niederschlag im Bau eines Irrenhauses für 20 Kranke im alten Spital am Predigerplatz. Aufgrund fehlender Strukturen und begrenzter Platzverhältnisse fällte der Regierungsrat 1861 den Entschluss das zukünftige Anstaltsgelände zu erwerben. Zwei Jahre später wurden Bauprogramm und -pläne für die Irrenanstalt Burghölzli bewilligt. Gleichzeitig entstanden im ehemaligen Kloster Rheinau eine Pflegeanstalt für 451 Kranke mit einem Arzt und 29 WärterInnen.¹⁰³

1870 wurde die Irrenheilanstalt Burghölzli, die etwas abgelegen an einem Hügel der Stadt lag und mit einem Landwirtschaftsbetrieb verbunden war, eingeweiht. Es wurden darin 121 Kranke von zwei Ärzten und zwanzig WärterInnen betreut. Die Rheinau und das Burghölzli ergänzten sich grundsätzlich: Erstere war vor allem für so genannt unheilbare PatientInnen vorgesehen und letzteres sollte in erster Linie akute PatientInnen aufnehmen und gleichzeitig als Forschungs- und Ausbildungsstätte dienen. Beide Einrichtungen stiessen bald an ihre Kapazitätsgrenzen. In den Jahresberichten zieht sich die Klage über die Überbelegung durch den gesamten Untersuchungszeitraum.¹⁰⁴

Das Burghölzli wurde zwischen 1930 und 1947 mehrfach erweitert und umgebaut. Es handelte sich bei der Anstalt um einen zusammenhängenden Gebäudekomplex mit Krankenabteilungen, Untersuchungs- und Therapieräumen und Verwaltung. Für das

¹⁰³ Vgl. Meier et al., *Zwang zur Ordnung*, 2007, S. 50.

¹⁰⁴ Vgl. Ebd., S. 52.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

Personal bedeutete diese Bauweise kurze Arbeitswege. Wobei das Personal die Atmosphäre kritisierte, die entstehen konnte, wenn zu viele Menschen nah beieinander waren.¹⁰⁵

Im Untersuchungszeitraum 1950 bis 1980 wurden im Jahr durchschnittlich 1'300 Patientinnen und Patienten aufgenommen. Der Krankenbestand lag bei durchschnittlich 524 PatientInnen.¹⁰⁶ Im Verlauf der 30 Jahre können zwei Entwicklungen festgestellt werden. Erstens nahm die Bettenzahl um 14 Prozent ab und zweitens stieg die Anzahl der im Verlaufe eines Jahres behandelten PatientInnen um 27 Prozent. Diese Veränderungen lassen sich auch im internationalen Kontext beobachten und werden in Kapitel 5.1 diskutiert.

Innerhalb der Klinik bestanden verschiedene Abteilungen: die ruhige Abteilungen A und E, die halbruhigen Abteilungen B, C, F, G und die unruhigen Abteilungen D, K (Wachsaal), H, I/J (Wachsaal).¹⁰⁷ Zu grosse Wachsäle mit mehr als zehn PatientInnen, in denen ständig jemand vom Pflegepersonal für die erregten, suizidalen, gefährlichen oder unter starken Medikamenten stehenden PatientInnen anwesend war, konnten zudem die Bestrebungen einer möglichst natürlichen Lebensgemeinschaft beeinträchtigen. Deshalb war die Klinik ab den 1970er Jahren bemüht, Zimmer und Gemeinschaftsräume möglichst „dem Leben draussen“ anzugleichen.¹⁰⁸ Die Durchlässigkeit

¹⁰⁵ Vgl. Aldrovandi/ Grieder/ Widmer, Das psychiatrische Krankenhaus, 1972, S. 65.

¹⁰⁶ Statistik im Anhang Kapitel 11, S. 354f.

¹⁰⁷ Vgl. Meier et al., Zwang zur Ordnung, 2007, S. 57, 61.

¹⁰⁸ Vgl. Aldrovandi/ Grieder/ Widmer, Das psychiatrische Krankenhaus, 1972, S. 65.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

der Anstaltsmauern war ein Prozess, der im Jahr 1968 mit dem Abbruch der Mauer, die bis anhin die Klinik umschlossen hatte, ebenfalls in der baulichen Entwicklung sichtbar wurde.¹⁰⁹

Rückblickend beschreibt der Psychiater und ehemalige Direktor an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Daniel Hell, die Veränderungen in der Psychiatrie als revolutionäre Entwicklung, die den Weg für eine fortschrittliche und zukunftsfähige psychiatrische Versorgung ebnete. Anlass für das Interview, das der Journalist Alan Niederer von der Neuen Zürcher Zeitung im April 2009 mit Hell durchführte, war dessen Pensionierung.

Neue Zürcher Zeitung: Sie arbeiten seit 40 Jahren in der Psychiatrie. Was war für Sie der grösste Fortschritt?

Daniel Hell: Ich habe eine psychiatrische Revolution erlebt, von einer patriarchalischen, gefängnisartigen Institution zu einem patientenorientierten Klinikbetrieb. Als ich anfang, gab es Wachsäle mit 16 bis 18 Patienten.¹¹⁰

Die Wachsäle mit vielen PatientInnen verschwanden im Verlauf der 1970er Jahre, die ambulante Behandlung wurde ausgebaut und in der Klinik und der Poliklinik ein vielfältiges Therapieangebot aufgebaut. Der psychiatrischen Poliklinik, die bereits 1887 gegründet wurde, kam im Gegensatz zur Psychiatrischen Klinik die Aufgabe zu, PatientInnen zu behandeln, die zu Hause wohnten oder sich in einem Krankenhaus

¹⁰⁹ Vgl. Angaben auf der Homepage der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, online im Internet.

¹¹⁰ Hell, Es ist wichtig, zwei gute Zugänge zum Menschen zu haben, 2009, S. 11.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

befanden. 1950 wurden in der Poliklinik fast 3'000 PatientInnen behandelt und wie in der Psychiatrischen Universitätsklinik nahm auch in der Poliklinik die Anzahl der Behandelten stetig zu.¹¹¹ Die Psychiatrischen Universitätspoliklinik Zürich nahm rasch an Umfang zu, da die Nachfrage nach ambulanten psychiatrischen Behandlungen stieg. Dazu zählten Untersuchungen und Abklärungen, medikamentöse Therapien und Psychotherapien.¹¹² Gleichzeitig war die Poliklinik auch im zunehmendem Masse Ausbildungsstätte für Psychotherapie.¹¹³

1954 wurde in der Poliklinik eine zusätzliche Beobachtungsstation mit 12 Betten eingerichtet, die für „nicht suizidale Neurotiker und Gemütsleidende sowie leichte sozial noch angepasste Geisteskranke“ bestimmt waren.¹¹⁴ Gemäss dem Jahresbericht der Poliklinik entsprach die Station einem Bedürfnis, weil die Betten umgehend belegt wurden. Fünf Jahre später wurde die Beobachtungsstation in die stationäre Behandlungsabteilung der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Zürich umbenannt, weil sich die PatientInnen darüber beklagt hatten, sie kämen zur Behandlung und wollten nicht beobachtet werden.¹¹⁵

Die Heilanstalt Burghölzli änderte 1969 im Zuge einer Reorganisation der Klinikstrukturen auch den Namen. Das Ablegen der Bezeichnung „Anstalt“ entsprach einer weltweiten Entwicklung und die Einrichtung hiess ab 1969 Psychiatrische Universitätsklinik Zürich,

¹¹¹ Minkowski, Die Poliklinik für Nervenkranken und das hirnanatomische Institut, 1951, S. 430, 473.

¹¹² JB PUpK 1954, S. 13. Jahresberichte der psychiatrischen Universitätspoliklinik Zürich, in den Jahresberichten der PUK integriert.

¹¹³ Vgl. Morgenthaler, Die Pflege der Gemüts- und Geisteskranken, 1962, S. 284.

¹¹⁴ JB PUpK 1954, S. 13.

¹¹⁵ JB PUpK 1959, S. 11.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

kurz PUK. Einher mit dieser Entwicklung ging die Pensionierung des Klinikdirektors Manfred Bleuler. Sein Amt übernahm vorerst Jules Angst, der bis zur Amtsübernahme von Klaus Ernst am 1. Juli 1970 ad interim Direktor war. Parallel dazu war Jules Angst ab dem 16. Oktober 1969 Direktor der neu gegründeten Forschungsabteilung.¹¹⁶

Institutionell war 1969 ein Umbruchjahr für die PUK. Bereits in den Jahren zuvor hatte sich eine stärkere Forschungsorientierung der Klinik abgezeichnet.¹¹⁷ Mit der Reorganisation 1969/70 entstand eine Forschungsabteilung mit einer eigenständigen Direktion. Die Abteilung verfügte über 22 Betten und hatte Zugang zu allen Patientinnen und Patienten der Klinik.¹¹⁸ Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich beschritt mit der Einrichtung der Forschungsabteilung neue Wege der wissenschaftlichen Psychiatrie. Bis zu diesem Zeitpunkt gab es, gemäss den Angaben der Klinikleitung, im deutschsprachigen Raum keine Klinik, die Forschung und Therapie durch eine eigenständige Abteilung auf diese Weise zusammenführte. Laut Jahresbericht war die klinische Forschung das erklärte Ziel der Abteilung.¹¹⁹

Seit den 1970er Jahren ist eine Ausdifferenzierung der Psychiatrie zu beobachten, die sich sowohl in einem breitgefächerten Therapieangebot als auch in zahlreichen psychiatrischen Einrichtungen ausser-

¹¹⁶ Bleuler, Chronik, 1970, S. 9. Landläufig fungiert der Name „Burghölzli“ bis heute. Die Jahresberichte der Klinik werden in historischen Studie mit JB Bli abgekürzt. Vgl. Meier et al., Zwang zur Ordnung, 2007. Die vorliegende Arbeit verwendet einheitlich die Bezeichnung JB PUK, obwohl Jahresberichte vor 1969 beigezogen wurden, die korrekterweise mit JB Bli bezeichnet werden müssten.

¹¹⁷ Vgl. Meier et al., Zwang zur Ordnung, 2007, S. 84.

¹¹⁸ JB PUK 1970, S. 19.

¹¹⁹ JB PUK 1970, S. 18.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

halb der Klinik bemerkbar macht. Eine entscheidende Veränderung war die Errichtung von Versorgungsregionen im Jahr 1972. Gleichzeitig bestanden Ausbaubedürfnisse bezüglich zusätzlicher Regionalkliniken, ambulanter und sozialpsychiatrischer Dienste sowie der gerontopsychiatrischen Versorgung. Deshalb versuchte die Psychiatrieplanung der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich die Bedürfnisse für eine zweckmässige dezentrale Versorgung abzuklären. Sie stellte zwei Grundsätze auf: Erstens, das Kantonsgebiet in Psychiatrieregionen aufzuteilen und zweitens, in jeder Region ein differenziertes Angebot an ambulanten, halbstationären und stationären Einrichtungen anzubieten.¹²⁰

Heute gewährleisten daher nicht nur zwei staatliche Kliniken die Versorgung im Kanton Zürich, sondern zahlreiche regionale Einrichtungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Auch die PUK erfuhr organisatorische Veränderungen. 1994 wurde in der PUK die Sektorisierung eingeführt, nach der sich die PUK zur Zeit aus drei Kliniken zusammensetzt: Klinik für Affektive Erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie Zürich Ost, Klinik für Soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie Zürich West und Klinik für Alterspsychiatrie. Ost und West bezeichnen die geographische Sektorisierung der Region Zürich und entspricht einem wichtigen Grundsatz der Sozialpsychiatrie, die ein überschaubares Einzugsgebiet verlangt. Damit gelang, 24 Jahre nach seiner Einrichtung, auch die organisatorische Integration des Sozialpsychiatrischen Dienstes in die Klinik.

¹²⁰ Vgl. Zürcher Psychiatrie, Psychiatriekonzept 1999, S. 46, PDF online im Internet.

2.1.3 Unterschiede und Gemeinsamkeiten der PKM und der PUK

Zusammenfassend lassen sich nach dem kurzen historischen Abriss zu den beiden Kliniken zwei institutionelle Unterschiede im Hinblick auf die klinische Forschung mit Psychopharmaka ausmachen. Es handelte sich bei der Klinik Zürich um eine Universitätsklinik die im Hauptort des Kantons lag und ab 1969 über eine eigenständige Forschungsabteilung verfügte. Der Psychiater Jules Angst war der verantwortliche Leiter der Forschungsabteilung. Die Mitarbeitenden verteilten sich auf fünf Arbeitsgruppen mit verschiedenen Ausrichtungen. Neben der Psychopharmakologie gab es eine Gruppe zur Erforschung der Ursachen, der Entstehung und des Verlaufs endogener Psychosen.¹²¹ Die klinische Experimentalpsychologie, die klinische Neurophysiologie und die Epidemiologie bildeten weitere Forschungsbereiche. Zudem standen ein chemisches Labor, ein Bereich „Methodik und EDV“ und eine Bibliothek zur Verfügung.¹²²

Die Psychiatrische Klinik Münsterlingen war eine Landklinik ohne Anbindung an eine Universität. Die Psychiater der Klinik führten eigenständige Forschungen durch, die aber nicht mit einer Abteilung und der Klinik institutionalisiert waren. Die Klinik verfügte über Laboreinrichtungen und ab 1962 über einen neurologischen Dienst, der Erfahrungen mit der Elektroenzephalographie ermöglichte, die auch

¹²¹ Zu den endogenen Psychosen zählten: Schizophrenien, Manisch-depressives Kranksein und Mischpsychosen. Dies waren die Hauptdiagnosen, die nach Zustandsbild und Verlauf weiter unterteilt wurden. Vgl. dazu: JB PUK 1969, S. 9-11; JB PUK 1972, S. 15.

¹²² PUK, Zehnjahresbericht 1969-1979, 1979, S. 5.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

für die Psychopharmakologie relevant war, weil damit die Hirnströme von PatientInnen unter medikamentösem Einfluss gemessen werden konnten.¹²³

Neben den institutionellen und räumlichen Unterschieden gab es Gemeinsamkeiten. Die viel zitierte Bemerkung, dass es in der Psychiatrie „diejenigen gibt, die sich um die Menschen kümmern, und diejenigen, die sich um die Forschung kümmern“, traf für beide Kliniken, die sich der therapeutischen Forschung verpflichtet sahen, nicht zu.¹²⁴ In beide Kliniken sahen sich die PsychiaterInnen sowohl einem Versorgungs- als auch Forschungsauftrag verpflichtet. Während in den Quellen zur Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich dieses Doppelmandat auftaucht, fand die Reflexion darüber in Münsterlingen zumindest schriftlich nicht statt. Bei der PUK führte die Gründung der Forschungsabteilung und die universitäre Anbindung der Klinik dazu, dass die Beziehung von Forschung und Therapieanspruch zum Thema wurde.¹²⁵ Die PsychiaterInnen auf der Forschungsabteilung betrieben „klinische Forschung in Verbindung mit ärztlicher Versorgung“. Das Anliegen fand Ausdruck im Begriff der „therapeutischen Forschung“.¹²⁶ Das Konzept der „therapeutischen Forschung“ lehnte sich an die Deklaration von Helsinki. Darin legte der Weltärztebund

¹²³ Vgl. Kuhn, *Geschichte und Entwicklung der Psychiatrischen Klinik*, 1990, S. 122; JB PKM 1969, S. 32. Die Elektroenzephalographie dient zum Aufzeichnen von Hirnstromkurven.

¹²⁴ Vgl. Kandel, *A New Intellectual Framework for Psychiatry*, 1998, S. 458.

¹²⁵ Vgl. PUK, *Zehnjahresbericht 1969-1979*, 1979, S. 2.

¹²⁶ Woggon/ Angst, *Grundlagen und Richtlinien für erste klinische Psychopharmaka-Prüfungen (Phase I, II) aus der Sicht des klinischen Prüfers*, 1978, S. 1257.

1964 die Grundsätze für die ordnungsmässige Durchführung der klinischen Prüfung von Arzneimitteln fest. Medizinischer Fortschritt war aus dieser Perspektive nur durch Forschung am Menschen möglich.¹²⁷

Festzuhalten ist, dass beide Kliniken therapeutische Forschung betrieben und beide Einrichtungen für die pharmazeutische Industrie im Hinblick auf die Erprobung von Psychopharmaka interessant waren. Therapeutische Forschung ist, so die These dieser Arbeit, nicht ein fixes Konstrukt, sondern wurde je nach Klinik und deren ExponentInnen unterschiedlich angegangen und umgesetzt. Obwohl die institutionellen Unterschiede auf verschiedene Wege in der klinischen Forschung mit Psychopharmaka hinweisen, lassen sich in beiden Kliniken ähnliche Prozesse bei der Anwendung von psychopharmakologischen Versuchspräparaten der pharmazeutischen Industrie feststellen.¹²⁸

2.2 Der lange Weg eines Arzneimittels

Die klinische Forschung stellt die letzte Station dar, bevor ein potentielltes Arzneimittel als Medikament registriert und auf dem Markt zugelassen werden kann. Für die Begutachtung und Überprüfung von Medikamenten war im Untersuchungszeitraum in der Schweiz die Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel zuständig. Die Heilmittelkontrolle in der Schweiz ist eine kontroverse Geschichte zwischen der eidgenössischen und der interkantonalen Regelung. Das Ringen zwischen einer kantonalen oder einer eidgenössischen Regelung der Heil-

¹²⁷ World Medical Organization, Declaration of Helsinki 1964, 1996, S. 1448-1449.

¹²⁸ Vgl. dazu Kapitel 2.3.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

mittelkontrolle fand am 1. Januar 2002 ein vorläufiges Ende, als das Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz/HMG) in Kraft trat.¹²⁹

Anlass für eine Heilmittelgesetzgebung zu erlassen gab es im 19. Jahrhundert aufgrund von Schwindelpräparaten mit unbekannter Zusammensetzung, so genannte Geheimmittel und aufgrund von Wucherpreisen für wirkungslose Produkte.¹³⁰ Zwischen 1877 und 1880 wurde nach einem Bundesratsbeschluss über die Geheimmittel ein Entwurf für ein eidgenössisches Gesetz bezüglich der Heil- und Geheimmittel ausgearbeitet. Das Gesetz wurde aus verfassungsrechtlichen Gründen abgelehnt.

Die Entwicklung der Arzneimittelregistrierung fiel zusammen mit dem *Take off* der industriellen Arzneimittelherstellung und -vermarktung.¹³¹ Im Jahr 1900 entstand ein kantonales Konkordat, das 1954 in die Interkantonale Vereinbarung über die Kontrolle der Heilmittel (IKV) überging.¹³² Die Schweiz ging international gesehen insofern einen eigenständigen Weg, als dass die Kantone grossen Einfluss auf die Heilmittelkontrolle hatten. Richtungsweisend waren aber die internationalen Entwicklungen in der Regulierung von Arzneimitteln, die auch die Psychopharmaka einschlossen.

¹²⁹ Vgl. Swissmedic, das Schweizerische Heilmittelinstitut, das als Behörde des Bundes für die Heilmittelkontrolle zuständig ist, online im Internet.

¹³⁰ Vgl. Fischer, Die Funktion der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel, 1972, S. 31.

¹³¹ Vgl. Hickel, Die Arzneimittel in der Geschichte, 2008, S. 397ff., insbesondere für die Schweiz, S. 428f.

¹³² Vgl. Fischer, Die Funktion der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel, 1972, S. 31f.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

Das Jahr 1963 gilt international als Umbruchjahr in der Arzneimittelzulassung.¹³³ Die Geschichte von Contergan, die auch als „Thalidomid Katastrophe“ oder „Contergan Skandal“ bekannt ist, hatte in den 1960er Jahren Aufsehen erregt. Das Schlaf- und Beruhigungsmittel hatte bei schwangeren Frauen verheerende Auswirkungen auf die Entwicklung des Fötus. Zwischen 1958 und 1961 war das Medikament in der Schweiz unter dem Namen Softenon erhältlich. Hingegen wurde in den USA, der DDR und Frankreich die Zulassung durch die Regulierungsbehörden nicht erteilt.

Der „Contergan Skandal“ führte zur Ernüchterung bezüglich des Wunderglaubens, der gegenüber den Medikamenten in den Bevölkerung bestand und von der Industrie durch die Vermarktung ihrer Produkte erzeugt wurde. Doch auch nach 1961 propagierte die pharmazeutische Industrie ihre Produkte, vor allem jene aus dem Bereich der modernen Biotechnologie, in einer Weise, die auf das gesellschaftliche Bedürfnis nach Wundern abzielt oder zumindest diesem Bedürfnis entgegenkommt.¹³⁴

Die Geschichte von Contergan ist in Studien zur Regulierung des Medikamentenmarktes und den Zulassungsbestimmungen von Medikamenten Ende der 1990er Jahre und Anfang des 21. Jahrhunderts detailliert untersucht und dargestellt worden.¹³⁵

¹³³ Vgl. Ebd., S. 46.

¹³⁴ Vgl. Hickel, *Die Arzneimittel in der Geschichte*, 2008, S. 536.

¹³⁵ Vgl. für Studien zu Contergan und andere Studien zur Arzneimittelregulierung in Europa den DTV-Preprint von Gaudillière/ Hess, *Ways of Regulating*, 2008 darin auch die Introduction, S. 8; Kirk, *Der Contergan-Fall*, 1999; Daemmerich, *A Tale of Two Experts*, 2002, S. 137-158.

Das Beispiel zeigt das Versagen der staatlichen Regulierung bei der Zulassung von Substanzen auf den Medikamentenmarkt. Aus den jüngsten Studien folgt, dass die Regulierung und Zulassung von Medikamenten keine ausschliessliche Staatsaufgabe ist, sondern die Zusammenarbeit von Staat, Pharmafirmen, Arztverbände und Nichtregierungsorganisationen, gerade im Hinblick auf konfligierende Interessen, verlangt.¹³⁶

2.2.1 Die Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel

Die schweizerische Arzneimittelkontrolle veränderte sich in den 1960er Jahren in dreifacher Hinsicht. Erstens wurden die Zulassungsanforderungen verschärft, in dem wissenschaftliche Belege über die Schädlichkeit und Wirksamkeit verlangt wurden. Zweitens wurde festgehalten, dass internationale Organisationen, allen voran die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Europarat, die Entwicklung der Arzneimittelkontrolle bestimmen sollten. Und drittens verstärkte sich die nationale Koordination, die 1971 in einer gesamtschweizerische Kontrollstelle resultierte.¹³⁷

Neben der anfänglichen Bekämpfung der Schwindelpräparate diente die Kontrollstelle dazu folgende Ziele umzusetzen: Einführung der Deklarationspflicht für alle Medikamente, Kontrolle der Werbung und der Preise, Untersuchung der Zusammensetzung der Medikamente vor al-

¹³⁶ Vgl. Gaudillière/ Hess, Introduction „Ways of Regulating“, 2008, S. 5-7; Solche Studien fehlen bisher für die Schweiz.

¹³⁷ Vgl. Fischer, Die Funktion der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel, 1972, S. 46; Wüst, Die Interkantonale Vereinbarung über die Kontrolle der Heilmittel vom 16. Juni 1954, S. 7.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

lem im Hinblick auf Wirksamkeit und Schädlichkeit und letztlich die Registrierung des Medikaments.¹³⁸ Die Kontrollstelle war Auskunftsstelle für Behörden, Ärzteschaft und Apotheken und beschäftigte sich mit der Begutachtung von Medikamenten.¹³⁹ Damit verbunden war eine Kontrolle auf allen Stufen, die ein Medikament vom chemischen Labor bis zur Markteinführung überwinden musste. Der Werdegang eines Medikamentes seit der Einführung einer Heilmittelkontrollstelle ist in Abbildung 1 dargestellt. Es handelt sich dabei um ein Diapositiv, das an einer Tagung zur Arzneimittelverteilung in der Schweiz im Jahr 1972 vorgeführt wurde, um die Tätigkeit der Heilmittelkontrolle zu erklären. Das Referat hielt Peter Fischer, der damalige Direktor der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel (IKS).¹⁴⁰

Die Kontrollstelle befasste sich mit den Ergebnissen aller Aspekte des Forschungsprozesses: chemische Forschung, Synthese, Extraktion, Analyse der Wirksubstanzen, biologische, galenische und klinische Forschung.¹⁴¹ Nach erfolgreicher klinischer Prüfung konnte ein Antrag auf Zulassung gestellt werden; eine Reglementierung, die bis heute gültig

¹³⁸ Vgl. Fischer, Die Funktion der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel, 1972, S. 32-34.

¹³⁹ Vgl. zu klinischen Tests und Arzneimittelregistrierung 1920 bis 2002 und für zusätzliche Literaturangaben: Ratmoko, Damit die Chemie stimmt, 2010, S. 105-111.

¹⁴⁰ Fischer, Die Funktion der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel, 1972, S. 48.

¹⁴¹ Vgl. zur experimentellen Laborarbeit: Walsh, Paradigms in the Evolution of Life Sciences Research, 2004, S. 189-221; Pickstone, Ways of Knowing, 2000; Ratmoko, Damit die Chemie stimmt, 2010, S. 49.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

WERDEGANG MEDIKAMENT	
Chemische Forschung	Synthese oder Extraktion und Analyse von Wirksubstanzen
Biologische Forschung (Tierversuche)	Heilwirkung (Pharmakologie) Schädlichkeit (Toxikologie) Einflüsse auf Erbgut (Teratologie)
Galenische Forschung (Tablette, Dragée usw.)	Optimaler Träger der Heilsubstanz Stabilität Verträglichkeit
Klinische Forschung	Erprobung der wenigen bis hieher "vorgestossenen" Substanzen am Menschen
Heilmittelkontrolle umfasst alle diese Bereiche ebenfalls	

Abbildung 1: Diapositiv zum Werdegang eines Medikamentes und die Funktion der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel im Jahr 1972.

ist.¹⁴² Entsprach die Substanz allen Anforderungen für die Zulassung, wurde das Medikament für fünf Jahre registriert. Nach Ablauf der fünf Jahre hatte die pharmazeutische Herstellerfirma die Wahl, auf das Produkt zu verzichten oder die Fortsetzung der Registrierung zu

¹⁴² Vgl. Ratmoko, Damit die Chemie stimmt, 2010, S. 107. Darin auch Hinweise auf die Arzneimittelregistrierung in den USA und Deutschland und auf das Schweizer Betäubungsmittelgesetz.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

verlangen. Dafür waren alle Unterlagen zusammenzustellen, die im Verlauf der fünf Jahre über das Arzneimittel hinzugekommen waren. Medizinische Experten überprüften dann, ob das Präparat einen berechtigten Platz in der Therapie hatte, oder ob die wissenschaftliche Entwicklung bereits ein besseres Mittel hervorgebracht hatte.¹⁴³

Peter Fischer, der die Funktion der Heilmittelkontrolle in der Schweiz an der Tagung im Jahr 1972 schilderte, erwähnte auch, dass die Kontrollstelle vor allem im Bereich der Forschung stark in die Tätigkeiten der pharmazeutischen Industrie eingriff. Die neuere Arzneistoffgeschichte betont hingegen mehr die vielfältigen Verflechtungen zwischen Wissenschaft, Wirtschaft und Politik und die Kooperationen zwischen akademischen Laboratorien und der Pharmaindustrie, die ein Feld der Wissensproduktion darstellen.¹⁴⁴

2.2.2 Richtlinien zur klinischen Prüfung

Die Arzneimittelkontrolle und -registrierung war in der Schweiz seit den 1960er Jahren interkantonal geregelt. Die Kontrollstelle orientierte sich an den internationalen Entwicklungen der Arzneimittelregulierung und nahm beispielsweise die Richtlinien zur klinischen Prüfung der WHO auf. Im Jahr 1977 gab die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA) Richtlinien zur Phasen-Einteilung der klinischen Prüfung von Arzneimitteln heraus. Diese Regeln wurden von der WHO 1985 übernommen. Dementsprechend besteht bis heute die

¹⁴³ Vgl. Fischer, Die Funktion der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel, 1972, S. 34f.

¹⁴⁴ Vgl. Bürgi, Pharmaforschung im 20. Jahrhundert, 2011, S. 15, mit Verweisen auf die einschlägige Literatur.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

klinische Prüfung von Psychopharmaka und anderen Medikamenten aus vier Phasen.¹⁴⁵ Der klinischen Prüfung wiederum gehen pharmakologische Tests und Prüfungen der Toxizität am Tier voraus.

Während in der ersten Phase der klinischen Forschung die Verträglichkeit und Wirkungsweise geprüft wird, gehört zur zweiten Phase die Untersuchung der therapeutischen Wirkungen und Nebenwirkungen, die Erprobung der Dosierungen und eventuell ein Vergleich gegen Placebo.¹⁴⁶ Die dritte Phase beinhaltet die erweiterte klinische Prüfung, in der die Fallzahlen erhöht, das Wirkungsprofil festgelegt, Wechselwirkungen untersucht sowie Langzeitbehandlungen und Vergleiche mit bekannten Medikamenten gemacht werden. In die vierte Phase gehören Studien nach der Registrierung des Medikamentes. Die Studien liefern Daten zur Prüfung unter Praxisbedingungen und stützen sich auf eine vergrößerte Fallzahl.¹⁴⁷

Vor allem die zweite Phase der Arzneimittelprüfung ist im Hinblick auf den klinisch-psychiatrischen Kontext relevant, weil in dieser Phase bei den Psychopharmaka die klinisch-therapeutische Anwendung stattfand. Die seit 1964 bestehende Deklaration von Helsinki zur medizinischen Forschung am Menschen unterscheidet zwischen der klinischen Forschung, die in Verbindung mit der ärztlichen Versorgung und der Therapie steht und jener klinischen Forschung, die keinen un-

¹⁴⁵ Vgl. Spiegel, Einführung in die Psychopharmakologie, 1988, S. 159; Vgl. zum Modus, der an das Vierphasenmodells der Arzneimittelprüfung erinnert und bereits 1921 von der Ciba angewendet wurde: Ratmoko, Damit die Chemie stimmt, 2010, S. 106.

¹⁴⁶ Vgl. Spiegel, Einführung in die Psychopharmakologie, 1988, S. 159.

¹⁴⁷ Vgl. Ebd.

mittelbaren therapeutischen Wert für die PatientInnen hat, sondern in erster Linie der wissenschaftlichen Erkenntnis dient.¹⁴⁸

2.2.3 Grenzen der Regulierbarkeit: Beispiel Leponex

Gemäss der Oberärztin Brigitte Woggon und dem Abteilungsleiter an der Forschungsabteilung, Jules Angst, standen die klinische Psychopharmaka-Prüfungen in den 1970er Jahren an der Forschungsabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich in der Regel in Verbindung mit der ärztlichen Versorgung und Therapie. Ein Ausnahme bildeten Vergleiche von Substanzen gegen Placebo.¹⁴⁹ Zudem gaben die PsychiaterInnen an, dass für die KlinikerInnen die Schwierigkeit bestand, dass bei der Prüfung neuer potentieller Psychopharmaka erst im Nachhinein sagen liess, um welchen der beiden Forschungstypen es sich handelte. Denn trotz den Kenntnissen über die Wirkung des Pharmakons am Tier und am gesunden Menschen, konnte der therapeutische Effekt nicht vorausgesagt werden.¹⁵⁰ Das bedeutet, dass es keine Einsicht in den klinischen Wert der jeweiligen Therapie gab, bevor nicht Versuche gemacht wurden.¹⁵¹ Schlimmstenfalls war die

¹⁴⁸ Vgl. World Medical Organization, Declaration of Helsinki 1964, 1996, S. 1448-1449; Woggon/ Angst, Grundlagen und Richtlinien für erste klinische Psychopharmaka-Prüfungen (Phase I, II) aus der Sicht des klinischen Prüfers, 1978, S. 1257; Vgl. auch Kapitel 2.3.3.2 in dieser Arbeit.

¹⁴⁹ Vgl. zu den Placebo Kapitel 3.1.2.

¹⁵⁰ Woggon/ Angst, Grundlagen und Richtlinien für erste klinische Psychopharmaka-Prüfungen (Phase I, II) aus der Sicht des klinischen Prüfers, 1978, S. 1257.

¹⁵¹ Vgl. zu diesem Sachverhalt, der manchmal in der Geschichte der Psychiatrie übergangen wurde: Pressman, Last Resort, 1998, S. 3-6.

neue Substanz ein toxisches Placebo.¹⁵² Eine gesundheitsschädigende Substanz also, ohne therapeutische Wirkung, die für die PatientInnen subjektiv problematisch war und den Klinikalltag des Pflegepersonals erheblich beeinträchtigen konnte.

Das Beispiel des neuroleptischen Medikaments Leponex zeigt die Schwierigkeit, gefährliche Nebenwirkungen frühzeitig, das heisst während der Prüfung und nicht erst nach der Zulassung, zu erkennen. Das Medikament der pharmazeutischen Firma Wander AG in Bern war 1974 zugelassen worden und musste zwei Jahre später zurückgezogen werden, weil tödliche Nebenwirkungen auftraten. Leponex verursachte gefährlich tiefe Werte der weissen Blutkörperchen.¹⁵³ Diese Nebenwirkungen traten nur bei ganz wenigen PatientInnen auf und fielen deshalb erst nach der Anwendung an mehreren tausend Fällen auf.

Brigitte Woggon spricht in diesem Zusammenhang von einer Verquickung von ethischen Vorsätzen, gesetzlichen Regeln und klinisch-therapeutischer Praxis. Aus dieser Sicht dürfte die Zulassung eines Arzneimittels nach erfolgreicher Prüfung nicht generell erteilt werden, sondern nur mit Einschränkungen. Das würde bedeuten, dass transparent gemacht werden muss, dass dieses spezifische Medikament bei-

¹⁵² Woggon/ Angst, Grundlagen und Richtlinien für erste klinische Psychopharmaka-Prüfungen (Phase I, II) aus der Sicht des klinischen Prüfers, 1978, S. 1257.

¹⁵³ Vgl. für die Untersuchung und Diskussion der Vorkommnisse mit Leponex in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich: StAZH, PUK, Nr. 118, Zürcher Kollegium (1970-1982), Briefe vom September und Oktober 1975 zwischen Klaus Ernst, R. Knab (Klinik Rheinau) und der Heilmittelkontrollstelle; für die Psychiatrischen Klinik Münsterlingen die Korrespondenz zwischen der Klinik, der Pharmafirma Wander und der Heilmittelkontrolle: StATG 9'10, 9.5/4, Briefe von 1976 und 1977.

spielsweise noch nie an schwangeren Frauen, Kindern oder dementen Menschen getestet worden war. In der Praxis würde eine solche Einschränkung aber nicht funktionieren, weil dies bedeuten würde, dass ein kranker Mensch, der nicht der typischen Versuchsperson entspricht, dieses Medikament nicht bekäme.¹⁵⁴

2.3 Versuchspräparate der Pharmaindustrie

Die Schweizer Pharmafirmen Sandoz, Ciba, Hoffmann-La Roche und Geigy waren an Entwicklung neuer Psychopharmaka massgeblich beteiligt. Die Industrie stellte den psychiatrischen Kliniken Medikamente zur Verfügung. Im Gegenzug baten die Firmen um ausführliche Berichte über die durchgeführten Kuren. Die Lieferungen bestätigte der Klinikdirektor Manfred Bleuler folgendermassen, wie diesem Schreiben vom 23. April 1959 an die Ciba in Basel zu entnehmen ist.

Sehr geehrte Herren,

Wir erhielten heute wiederum zu Versuchszwecken

3'000 Tabletten Serpasil à 4mg

8'000 Tabletten Serpasil à 1mg

5'000 Tabletten Doriden à 0,25 g

von Ihnen. Für diese neuerliche, grosszügige Probesendung sprechen wir Ihnen hiermit unseren besten Dank aus.¹⁵⁵

¹⁵⁴ Woggon, Interview vom 15.12.2008.

¹⁵⁵ StAZH, PUK, Nr. 115, Brief von Manfred Bleuler an die Ciba, 23.04.1959 .

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

Probesendungen waren Bestandteil einer umfassenderen Zusammenarbeit zwischen psychiatrischer Klinik und pharmazeutischer Industrie. Dabei ging es nicht nur um einen wissenschaftlichen Austausch über die Erfahrungen mit den neuen Präparaten. Die Probesendungen verweisen auch auf eine finanzielle Komponente. Als die ersten Psychopharmaka in den psychiatrischen Kliniken zur Anwendung kamen, waren diese Mittel sehr viel teurer als die bisher verwendeten Medikamenten. Die Probesendungen von Tabletten waren für die Kliniken daher eine Möglichkeit, Rabatte zu erhalten. Diese Abmachung, für die es zwischen der Firma Ciba und den beiden psychiatrischen Kliniken in Zürich und Münsterlingen Belege gibt, war aus einer Diskussion der Medikamentenkosten hervorgegangen, an der auch die zuständigen Gesundheitsbehörden beteiligt waren.

2.3.1 Klinische Tests und Medikamentenkosten

In einem Brief an das Sanitätsdepartement schrieb der in der Klinik Münsterlingen tätige Psychiater Roland Kuhn im Jahr 1954, dass die Anwendung von Largactil hohe Kosten verursacht.¹⁵⁶ Dies hatte damit zu tun, dass es sich bei diesem Medikament um ein konkurrenzloses Markenprodukt der pharmazeutische Industrie handelte. Kuhn sah sich veranlasst, mit dem Regierungsrat Kontakt aufzunehmen. In seinem Schreiben erklärte er, weshalb in den letzten drei Monaten des Jahres 1953 der Medikamentenposten um monatlich Fr. 1'000.– überschritten worden war. Im Vergleich zu den üblicherweise angewendeten

¹⁵⁶ StATG 9'10, 9.5/0, Brief von Roland Kuhn an das Sanitätsdepartement Frauenfeld, 13.01.1954.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

Beruhigungs- und Schlafmitteln Balophen und Morphium-Skopolamin war Largactil erheblich teurer.

Die Anwendung von Largactil hat nun aber eine finanzielle Tragweite, die nicht vernachlässigt werden kann. Die Beruhigungsmittel, die üblicherweise in der Anstalt verwendet werden, sind keine Markenartikel, werden von der chemischen Industrie in sehr grossen Mengen und mittel einfacher Verfahren hergestellt, sodass sie ausserordentlich billig zu stehen kommen. Sie kosten ungefähr 10 Mal weniger als Largactil. Largactil ist ein Markenartikel, der zudem zur Zeit auf dem Markt einzig und konkurrenzlos dasteht, das Medikament wurde ursprünglich für die Chirurgie und nicht für die Psychiatrie herausgegeben, und nur zufällig wurde seine Wirkung auf die psychischen Störungen entdeckt. Es ist deshalb nicht wahrscheinlich, dass in allernächster Zeit Konkurrenzprodukte erscheinen werden, die wesentlich auf den Preis drücken könnten. Die Firma hat uns zwar versprochen, dass im Laufe dieses Jahres der Preis um ca 1/3 gesenkt werde. Zur Zeit aber ist dies noch nicht erfolgt. Wir haben bisher von der Firma einen Mengenrabatt erwirkt, in der Form von Gratislieferungen. Die Firma hat uns aber erklärt, dass sie diese Reklamemassnahme nicht aufrecht erhalten könne.¹⁵⁷

Kuhns Schreiben an den Regierungsrat ist nicht nur eine Erklärung für das überschrittene Budget, sondern aus historischer Perspektive auch ein Dokument, das die Situation der Psychopharmaka auf dem Medikamentenmarkt thematisiert. Deutlich wird auch, dass der

¹⁵⁷ Ebd.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

Wirkstoff Chlorpromazin nicht in erster Linie für die Anwendung in der Psychiatrie vorgesehen war, sondern dazu diente, Unruhezustände bei PatientInnen vor und nach einer Operation zu minimieren. Zudem führte Chlorpromazin in Kombination mit anderen Mitteln dazu, dass sich die Körpertemperatur senkte und damit die PatientInnen in einen „künstlichen Winterschlaf“ versetzt werden konnten. Sie schliefen, waren aber jederzeit weck- und ansprechbar. Diese Beobachtungen machte der französische Marinearzt Henri Laborit und er empfahl Chlorpromazin in der Psychiatrie anzuwenden.¹⁵⁸

Als Chlorpromazin unter dem Handelsnamen Largactil 1954 in der Psychiatrie eingeführt wurde, gab es zusätzlich nur noch Serpasil, das an die Kliniken verkauft wurde. Weitere Neuroleptika standen noch nicht zur Verfügung. Medikamente wie Marsilid (Hoffmann-La Roche), Haldol (Janssen-Cilag AG) und Melleril (Wander) kamen erst zwischen 1957 und 1959 auf den Markt und brachten die Konkurrenz und die Preissenkung, die Kuhn 1954 noch vermisste.¹⁵⁹ Bei der Einführung von Psychopharmaka in den Kliniken standen keine kostengünstigen Produkte zur Verfügung. Trotzdem fanden die neuen Medikamente rasch Eingang im psychiatrischen Behandlungsplan.

Die Bereitschaft der Psychiater, neue Präparate zu testen, muss vor dem Hintergrund der hohen Kosten von Largactil gesehen werden. Wie Roland Kuhn in Münsterlingen musste sich auch Manfred Bleuler in Zürich mit den Kosten des neuen Medikaments auseinandersetzen. In einem Briefwechsel zwischen ihm und dem Kantonsapotheker

¹⁵⁸ Vgl. Balz, 1953 – Megaphen wird zur Wirkung gebracht, 2009, S. 169f.

¹⁵⁹ Vgl. Riederer/ Laux/ Pöldinger, Neuro-Psychopharmaka, 1992, Band 1, S. 63.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

Dr. Steiger in den Jahren 1953 und 1954 wird deutlich, wie sehr sich Bleuler über die hohen Preise und das Fehlen von Konkurrenzprodukten ärgerte.¹⁶⁰ Auch er musste die Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich über die hohen Kosten der medikamentösen Behandlungen informieren und klar machen, dass er sich zusammen mit der Kantonsapotheke um tiefere Medikamentenpreise bemühte.¹⁶¹ Der Kantonsapotheker versuchte mit dem Vertreter der Vertriebsfirma Specia zu verhandeln und den Preis auf dem Weg eines Naturalrabatt, das heisst Gratislieferungen, auf ein vernünftiges Mass zu reduzieren. Gemäss der Schilderung des Kantonsapothekers war der Firmenvertreter offensichtlich beeindruckt davon, dass die Kantonsapotheke nicht mehr bereit war Largactil zum bestehenden Preis zu bestellen. Diese Meldung, die auf einen nahenden Erfolg zugunsten der Preissenkung von Largactil hinwies, stiess jedoch bei Bleuler bereits nicht mehr auf grosses Interesse, da er sich gegenüber der Firma Ciba bereit erklärt hatte, Serpasil zu erproben, das ihm gratis geliefert wurde.¹⁶²

Der Brief Roland Kuhns an das Sanitätsdepartement zeigt die widersprüchlichen Interessen der Industrie und der Klinik. Während der Klinik daran gelegen war, immer grössere Mengen an Medikamenten zur Verfügung zu haben und zumindest vorläufig einen Mengenrabatt zu erwirken, wollte die Industrie nicht länger Reklamemassnahmen

¹⁶⁰ StAZH, PUK, Nr. 61/64, Largactil Briefwechsel zwischen Klinikdirektor Bleuler und dem Kantonsapotheker Steiger, 17.10.1953 bis 26.01.1954.

¹⁶¹ StAZH, PUK, Nr. 61/64, Brief von Manfred Bleuler an die Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich, 09.11.1953.

¹⁶² In der Verwaltungskorrespondenz finden sich Belege für Gratislieferungen von Serpasil bis am 10.10.1963. StAZH, PUK, Nr. 115, Wissenschaftliche Finanzierung durch die Industrie 1959-, Mäppchen zur Ciba.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

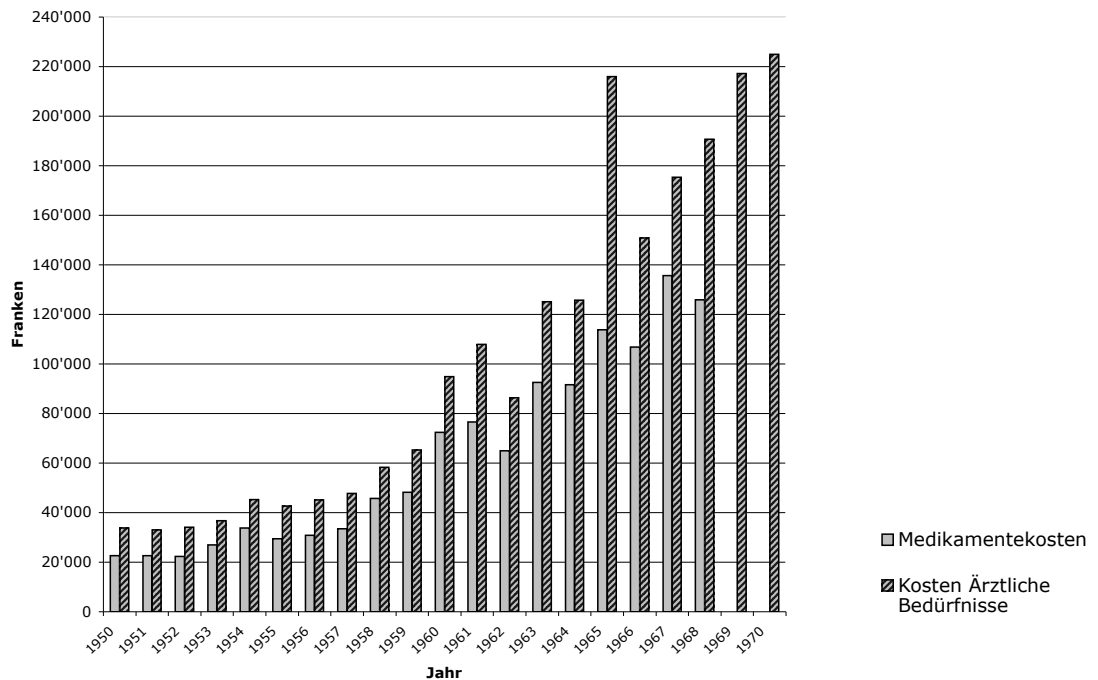
aufrechterhalten, die den Ertrag schmälerten und im Hinblick auf die steigende Nachfrage auch nicht mehr angezeigt war. Der Konflikt zwischen Industrie und Klinik kann jedoch nicht darauf reduziert werden, dass die eine Seite möglichst viel Einnahmen generieren wollte und die andere die Ausgaben tief halten wollte. Die pharmazeutischen Firmen waren durchaus bereit, für Forschungszwecke neben den Versuchspräparaten auch Geld zur Verfügung zu stellen.¹⁶³ Die Spannung entstand in erster Linie dadurch, dass die Industrie auf Innovationen im Bereich der Psychopharmaka ausgerichtet war und die Kliniken vor allem die Beständigkeit im Behandlungsplan anstrebten, wofür genügend bekannte Medikamente vorhanden sein mussten. Zu beobachten ist, dass die Ausgaben der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen für die Medikamente seit 1950 stetig zunahmen.

Es gibt in den Jahresberichten der Klinik in Münsterlingen Angaben über die Ausgaben für Medikamente und ärztliche Bedürfnisse. Wobei die Medikamentenkosten einen Teil der ärztlichen Bedürfnissen ausmachten. Die Kosten sind in Graphik 1 auf der Basis der Angaben in den Jahresberichten dargestellt. Im Zeitraum 1950 bis 1968 machten die Medikamente durchschnittliche 70 Prozent der Kosten für die ärztlichen Bedürfnisse aus. Zu den ärztlichen Bedürfnissen zählten neben den Medikamenten, die Beschaffung neuer Apparaturen, Instrumente, Verbandstoffe und Ausgaben für die Medizinische Bibliothek.

Ab 1961 verfügte die Klinik über einen Elektroencephalographen, dessen Unterhalt ab 1963 ebenfalls in der Statistik der Jahresberich-

¹⁶³ Vgl. Kapitel 4.2.1.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980



Graphik 1: Kosten der Medikamente und ärztlichen Bedürfnissen in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen 1950 bis 1970. Fehlende Werte für Medikamentenkosten 1969 und 1970.

te erfasst wurde. Dementsprechend überschritten die Kosten für die ärztlichen Bedürfnisse 1961 und ab 1963 die 100'000er Grenze. Das Verhältnis zwischen Medikamentenkosten und den Kosten für die ärztlichen Bedürfnisse blieb hingegen auch in den 1960er Jahren in etwa stabil, da die Medikamentenkosten seit 1950 anstiegen. Ab 1969 wurden die Medikamente nicht mehr separat aufgeführt, sondern in die Kosten für die ärztlichen Bedürfnisse aufgenommen. In der Berichterstattung der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen zeigte sich Ende der 1960er Jahren die Tendenz weniger detailliert über die Medikamente zu schreiben.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

1961 stand im Jahresbericht der Klinik Münsterlingen, dass neue Therapien in der Psychiatrie nach vermehrten Medikamenten riefen.¹⁶⁴ 1960 beliefen sich die Ausgaben für die Medikamente erstmals auf rund 73'000 Franken und überschritten den Betrag des Vorjahres um beinahe 25'000 Franken. Diese Zunahme zeigt, dass die Abgabe von Medikamenten innerhalb von zehn Jahren stark angestiegen war. Medikamente, die in den 1950er Jahren der Klinik als Prüfungssubstanzen zum Teil gratis zur Verfügung gestellt wurden, waren nun Teil des Behandlungsplans und verursachten Kosten.

Mitte der 1950er Jahre stiegen die Ausgaben der Klinik für Medikamente, gleichzeitig fragten die pharmazeutischen Firmen aber auch an, ob die Klinik bereit war, Substanzen zu testen. Während die Industrie an der Erprobung ihrer neuen Produkte interessiert war, bot sich der Klinik durch die Anwendung dieser Substanzen die Möglichkeit, die Medikamentenkosten zu begrenzen. Im erwähnten Schreiben Kuhns wird deutlich, dass die Klinik neben mehr Geld für den Medikamentenposten auch auf gratis Probemuster der pharmazeutischen Industrie angewiesen war. Dazu waren die Firmen in erster Linie dann bereit, wenn es sich um ein neues Produkt handelte, mit dem keine und nur wenig klinische Erfahrung gemacht worden war.

Am 2. Juni 1954 schrieb die Ciba an Kuhn betreffend seiner Zusage, Serpasil in der Klinik anzuwenden. Dem Schreiben lagen Ausführungen über Dosierung, Wirkung und Indikation bei, sowie Verweise auf Fachzeitschriftenartikel. Geliefert wurde Serpasil und eine

¹⁶⁴ JB PKM 1961, S. 25.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

Serpasil/Ritalin-Kombination. Am 13. September 1954 schrieb Kuhn einen vierseitigen Bericht an die Ciba. Darin fasste er die vorläufigen Ergebnisse zusammen. Die Serpasil/Ritalin-Kombination verabreichte er drei Patienten mit Diagnose organische Psychose. Serpasil erhielten 22 Patienten, wovon einer an Parkinson litt, alle anderen wurden als Schizophrene bezeichnet. Im Vergleich mit Largactil hatte gemäss Kuhn Serpasil den Vorteil, dass es ohne Wissen der Patienten gegeben werden konnte.¹⁶⁵ Kuhn sprach damit an, dass Serpasil im Gegensatz zu Largactil, das mit der Spritze appliziert wurde, in Tablettenform zur Verfügung stand.

Im Juli 1956 fragte die Ciba Kuhn an, ein neues Präparat zu testen.¹⁶⁶ Es handelte sich dabei um ein Versuchspräparat mit der Nummer 17'040, das eine ähnliche Wirkung wie Chlorpromazin hatte. Kuhn antwortete im November 1956 auf dieses Schreiben und teilte mit, dass aus äusseren Gründen keine Versuche in grösserem Umfang durchgeführt werden könnten. Aus der Sicht von Roland Kuhn waren gültige Versuche nur möglich, wenn das neue Präparat über längere Zeit an mindestens 100 PatientInnen abgegeben werden konnte. Er konnte zu diesem Zeitpunkt das Präparat mit der Nummer 17'040 nur an zwei Patienten testen. Dabei bestätigte er die ähnliche Wirkung des Testpräparates im Vergleich mit Chlorpromazin.¹⁶⁷

¹⁶⁵ StATG 9'10, 9.5/1, Briefe zwischen Roland Kuhn und der Ciba, 02.06.1954 und 13.09.1954.

¹⁶⁶ StATG 9'10, 9.5/1, Brief von der Ciba an Roland Kuhn, 17.07.1956.

¹⁶⁷ StATG 9'10, 9.5/1, Brief von Roland Kuhn an die Ciba, 14.11.1956.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

Wie wichtig die Beurteilung eines Präparates durch Roland Kuhn für die Ciba war, wird aus einem Brief, der am 22. November 1956 verfasst wurde, deutlich. Darin schreibt der Vertreter der Ciba an Kuhn, dass das Präparat 17'040 auch an anderen Stellen ausprobiert würde, ihm aber sein Urteil besonders wichtig sei.¹⁶⁸ Nicht nur für die Ciba, sondern auch für die Firmen Geigy, Sandoz und Wander waren die Anwendungen in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen und Kuhns Berichte von grossem Interesse.¹⁶⁹

Neben der Ciba korrespondierte Roland Kuhn auch mit den Firmen Geigy, Sandoz und Wander. Aufgrund der archivierten Korrespondenz zwischen Kuhn und der pharmazeutischen Industrie, fällt auf, dass sich die Zusammenarbeit vor allem auf die Firmen Ciba und Firma Geigy konzentrierte. Diese beiden gehörten zu den ersten Schweizer Pharmafirmen, die die neuen Psychopharmaka herstellten und ihre Musterpräparate an die psychiatrischen Kliniken versandten. Ciba war mit Largactil (1954) und Serpasil (1952), Geigy mit Tofranil (1958) auf den Markt gekommen. An diesen Neuroleptika beziehungsweise dem Antidepressivum wurden dann auch alle Nachfolgeprodukte gemessen und ihre Wirkungsweisen meist im Vergleich mit den ersten Präparaten beschrieben. Sandoz und Wander folgten erst in den 1960er Jahren. Vor allem mit der Ciba bestanden zudem langjährige persönliche Kon-

¹⁶⁸ StATG 9'10, 9.5/1, Brief von Dr. med. H. Kaufmann Vertreter der Ciba an Roland Kuhn, 22.11.1956.

¹⁶⁹ StATG 9'10, 9.5/3 und 9.5/4, Korrespondenz zwischen der Klinik und Sandoz bzw. Wander in den Jahren 1963/1964 und 1969–1977.

takte, die durch Besuche des Firmenvertreters in der Klinik gepflegt wurden.¹⁷⁰

2.3.2 Jedes Versuchspräparat eine Neuheit?

In einem Vortrag an der Versammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie in Basel am 23. November 1958 äusserte sich Kuhn zu den bekannten Markenpräparaten Largactil und Serpasil. In seinen Ausführungen sprach er von den entsprechenden Stoffen Chlorpromazin (Largactil) und Reserpin (Serpasil). Er stellte fest:

Merkwürdigerweise hat sich gezeigt, dass es sehr schwierig ist, die beiden ursprünglich entdeckten Stoffe auch nur zu erreichen, geschweige denn, sie zu übertreffen.¹⁷¹

Diese Feststellung änderte Kuhn auch in den 1960er Jahren nicht, als zahlreiche neue Präparate auf den Markt kamen und die Pharmafirmen immer wieder nach der klinischen Erprobung von Versuchspräparaten verlangte. Als am 9. Oktober 1963 die Vertreter der Sandoz in Basel Roland Kuhn schriftlich anfragten, ob er einverstanden wäre, im Rahmen einer Publikation über FR 33 einen kurzen Anhang seiner klinischen Erfahrungen zu veröffentlichen und zwei Tage später eine erneute Lieferung des Versuchspräparates FR 33 (1000 Tabletten à

¹⁷⁰ Vgl. Diverse Korrespondenz im Dossier StATG 9'10, 9.5/1. Largactil wurde zuerst im Jahr 1953 von der französischen Vertriebsfirma Specia verkauft, bis die Ciba 1954 das Produkt in der Schweiz herzustellen und zu vertreiben begann.

¹⁷¹ Kuhn, Probleme der klinischen und poliklinischen Anwendung psychopharmakologisch wirksamer Substanzen, 1959, S. 319.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

5mg) in der Klinik eintraf,¹⁷² antwortete Kuhn am 17. Oktober 1963 Dr. J. Schoch von der Sandoz. In seinem Schreiben informierte er die Firma darüber, dass er einen Kollegen in Wien angefragt hätte, von dem er wisse, dass dieser das Präparat bereits getestet hätte. Selber war Roland Kuhn zum Schluss gekommen, „[...] dass wir mehrere recht schöne Resultaten haben, die es durchaus erlauben dürften, klinisch etwas zu sagen.“¹⁷³ Jedoch verwies er gleichzeitig auf zwei Schwierigkeiten, wovon die eine in der zeitlichen Überbeanspruchung Kuhns lag, der sagte: „Schon bisher hat mich die ganze FR 33 Geschichte recht viel Zeit gekostet.“¹⁷⁴ Wichtigster Punkt aber war:

Vorerst kann ich natürlich nicht gut einfach nur über Ihr Präparat etwas schreiben und so tun, als ob das etwas vollkommen Neues und noch nie Dagewesenes wäre. Es gibt doch bereits eine Literatur über das Haloperidol und andere Butyrophenone, und in dieser finden sich, soweit ich sie selbst kenne, doch Hinweise, die in derselben Richtung gehen wie meine Beobachtungen, wenn diese Hinweise auch, soweit ich sehe, bisher nicht so systematisch verfolgt worden sind, wie ich das getan habe. Ich kann mir deshalb auch einen kleinen klinischen Beitrag zu einer pharmakologischen Arbeit von Ihnen nicht vorstellen, ohne mit einigen Sätzen auf die Problematik der Behandlung von Psychosen mit Butyrophenonen überhaupt einzugehen und oh-

¹⁷² StATG 9'10, 9.5/3, Briefe vom 09. und 11.10.1963 von der Sandoz AG, Medizinisch-Biologische Forschung, Basel an Roland Kuhn.

¹⁷³ StATG 9'10, 9.5/3, Brief von Roland Kuhn an Dr. J. Schoch von der Sandoz AG in Basel, 17.10.1963.

¹⁷⁴ Ebd.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

ne aus der Literatur Hinweise zusammenzustellen, welche in dieselbe Richtung weisen wie meine eigene Arbeit.¹⁷⁵

Kuhn bezog sich mit seinem Hinweis auf die Literatur vor allem auf einen Bericht, den er von Kollegen in Wien, die in den Quellen nicht genannt werden, erbeten und erhalten hatte. Von der Sandoz erhielt Kuhn zudem eine von Jules Angst und Walter Pöldinger verfasste Arbeit, die Kuhn bereits kannte. Er bedankte sich bei der Sandoz mit der Bemerkung, dass er den Bericht bereits gelesen habe, es ihm aber angenehm sei, ihn als Photokopie zu haben.¹⁷⁶ Mit den beiden Schreiben Kuhns an die Sandoz AG vom 17.10.1963 und 13.01.1964 wird deutlich, dass der Psychiater regen Austausch über die Medikamente sowohl mit Fachkollegen, als auch mit den Vertretern der Pharmaindustrie hatte. Die Pharmafirma funktionierte in diesem Fall als Schnittstelle, die die aktuelle und relevante Literatur zum Versuchsmedikament FR 33 sammelte und bei Bedarf Photokopien an die Psychiater zustellte, um selber wiederum einen Beitrag von diesen über die klinischen Erfahrungen mit FR 33 zu erhalten.

Nachdem Kuhn die bisherige Literatur zu anderen Butyrophenonen gelesen hatte, begann er seine untersuchten Fälle zusammenzustellen, um die geplante Arbeit zu verfassen. Im Schreiben, das dieses Vorgehen ankündigte, teilte Kuhn dem Vertreter der Sandoz, Dr. Neff, mit:

¹⁷⁵ Ebd.

¹⁷⁶ StATG 9'10, 9.5/3, Brief von Roland Kuhn an Dr. Neff von der Sandoz AG in Basel, vom 13.01.1964.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

Im wesentlichen ist es schon so, dass ich, als ich meine Versuche mit FR 33 begann, nur das Haloperidol kannte und deshalb den Eindruck gewann, es handle sich um eine im wesentlichen doch nicht ganz identische Substanz. Seitdem nun die neueren Medikamente aus dieser Gruppe bekannt geworden sind, sieht man Ähnliches wie mit FR 33 auch mit andern Derivaten. Es ist aber von Interesse, doch einmal festzuhalten, was FR 33 leistet.¹⁷⁷

Mit seinen Ausführungen machte Roland Kuhn in beiden Briefen deutlich, dass er nicht bereit war, seine Arbeit in den Dienst der pharmazeutischen Industrie zu stellen. Entschieden lehnte er die Tendenz der Industrie, jedes Versuchsprodukt als Neuheit zu bezeichnen, ab. Hingegen war Kuhn, wie auch aus anderen Briefen hervorgeht, an einer langfristigen Zusammenarbeit zwischen Klinik und Forschungsabteilung der Industrie interessiert, in der gemeinsam Pläne besprochen und umgesetzt werden sollten. Dazu gehörte auch, dass Kuhn sich viele Überlegungen zur chemischen Zusammensetzung der Substanzen machte und die Sandoz auf Formeln hinwies, die sie vielleicht gebrauchen konnte oder zumindest besorgen sollte.¹⁷⁸ Über den weiteren Verlauf der FR 33 Geschichte, geht aus den Unterlagen der Klinik nichts hervor, da der Briefwechsel zwischen der Sandoz und der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen im April 1964 endet und auch in der

¹⁷⁷ StATG 9'10, 9.5/3, Brief von Roland Kuhn an Dr. Neff von der Sandoz AG in Basel, 13.01.1964.

¹⁷⁸ StATG 9'10, 9.5/3, Brief von Roland Kuhn an Dr. M. Taeschler von der Sandoz AG in Basel, 12.04.1964.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

Korrespondenz zwischen der Wander AG und der Klinik nichts dazu steht.

Roland Kuhn hatte im Jahr 1958 an einem Vortrag an der Versammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie, die Überlegung formuliert, dass es schwierig sei, Largactil und Serpasil mit neuen Substanzen übertreffen.¹⁷⁹ Das Beispiel des Versuchspräparates FR 33 verdeutlicht und belegt diese Erkenntnis. Die Tatsache, dass es schwierig war, neue und bessere Neuroleptika zu entwickeln, stand jedoch nicht der Forschung mit Antidepressiva im Weg.

Kuhns Forschung mit dem Präparat G 22355 der pharmazeutischen Firma Geigy ist eine bekannte Erfolgsgeschichte. Der in der Klinik Münsterlingen tätige Psychiater gab das Versuchspräparat wegen seiner antipsychotischen Wirkung Patienten mit der Diagnose Schizophrenie. Zwischen 1953 und 1958 testete Kuhn neun Versuchspräparate von Geigy, worunter sich auch das spätere Tofranil befand.¹⁸⁰ Dank genauer Beobachtung und akribischer Aufzeichnungen bemerkte er stimmungsaufhellende Effekte der Medikation bei den Patienten. Daraufhin verschrieb Kuhn das Medikament Patienten, die mit der Diagnose „Depression“ in der Klinik waren. 1958 kam das Geigy-

¹⁷⁹ Kuhn, Probleme der klinischen und poliklinischen Anwendung psychopharmakologisch wirksamer Substanzen, 1959, S. 319. Vgl. am Anfang in diesem Kapitel 2.3.2.

¹⁸⁰ StATG 9'10, 9.5/2, Mehrere Blätter mit Patientennamen, Applikation/Dosis, Kurbeginn und -ende aufgelistet und den Versuchspräparaten zwischen 1954 und 1958.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

Präparat mit dem Handelsnamen Tofranil auf den Markt und wurde erfolgreich als Antidepressivum verkauft.¹⁸¹

Kuhns Forschungsinteresse konzentrierte sich in den 1950er Jahren neben dem Kombinationsprodukt Phasein (Reserpin und Orphenadrin) auf das Tofranil (Imipramin).¹⁸² Zu letzterem publizierte er 1957 in der *Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift* und ein Jahr später im *American Journal of Psychiatry* einen Artikel, in dem er seine dreijährige Anwendung des Präparates bei 500 PatientInnen der Klinik in Münsterlingen zusammenfasste.¹⁸³

2.3.2.1 „Verwirrende Fülle von Stoffen“

Die Psychiatrische Klinik Münsterlingen im Kanton Thurgau feierte am 1. Mai 1964 das 25jährige Amtsjubiläums von Direktor Adolf Zolliker. Der damalige Oberarzt und stellvertretende Direktor Roland Kuhn hielt zu diesem Anlass eine Ansprache, die bereits im Jahresbericht 1963 abgedruckt wurde.¹⁸⁴ Er honorierte darin nicht nur Zollikers Leistung, sondern gab auch einen umfassenden Bericht der praktischen Veränderungen in der Psychiatrie aus der Binnensicht. Seine eigene

¹⁸¹ Vgl. Delini-Stula, Entdeckung der trizyklischen Antidepressiva, 2008, S. 195; Als Roland Kuhn am 2. Internationalen Kongress für Psychiatrie im September 1957 in Zürich seine Resultate vorstellte, folgten seinem Kurzvortrag kaum ein Dutzend Zuhörende während heute im Zusammenhang mit der Entwicklung von Psychopharmaka meist auf Roland Kuhns Arbeiten verwiesen wird. Vgl. Rees/ Healy, *Clinical Trials and Psychopharmacology*, 1997, S. 11f.

¹⁸² Kuhn, Probleme der klinischen und poliklinischen Anwendung psychopharmakologisch wirksamer Substanzen, 1959, S. 319.

¹⁸³ Kuhn, The Treatment of Depressive States with G 22355 (Imipramine Hydrochloride), 1958, S. 459-464; Ders. Über die Behandlung depressiver Zustände mit einem Iminodibenzylderivat (G 22355), 1957, S. 1135-114.

¹⁸⁴ JB PKM 1963, Jubiläumsbericht 1939-1963, S. 4-14.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

Leistung als Oberarzt, der sich stark mit der zunehmenden Vielfalt medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten auseinandersetzte, kam bei dieser Gelegenheit auch zur Sprache. Im Gegensatz zu Zolliker, der sich zwar für die neuen medikamentösen Behandlungen interessierte, seinen Forschungsschwerpunkt hingegen bei der Humangenetik setzte, war Kuhn ein Psychiater mit psychopharmakologischen Ambitionen der ersten Stunde.¹⁸⁵ Roland Kuhn galt als eine der wichtigsten Ansprechpersonen bei Fragen zu den neuen psychoaktiven Substanzen. Davon zeugen die zahlreichen Briefe von psychiatrischen Kliniken und Ärzten an Kuhn mit Fragen zu Anwendung und Wirkung sowie Anfragen für Lehrveranstaltungen zur Pharmakotherapie. Auf diese Korrespondenz wird im den Kapitel 4.2 und 4.3.2.2 genauer eingegangen.

Im Bericht zum Amtsjubiläum Adolf Zollikers schrieb Roland Kuhn unter anderem über die Veränderungen und Herausforderungen in der Psychiatrie seit der Einführung neuer Medikamente.

Die erst etwa 10 Jahre alten medikamentösen Behandlungen der Geistes- und Gemütskranken mit ihrer verwirrenden Fülle von Stoffen, Wirkung und Nebenwirkungen haben in Münsterlingen frühzeitig Einzug gehalten, und man versuchte hier das vielerorts übliche blinde, aufs geratewohl Probieren einzuschränken, Indikationen herauszuarbeiten und nach Plan und Ziel vorzugehen. Deshalb wohl und durch strenge methodische Ueberlegungen gelangen auf diesem Gebiet in der Anstalt bedeutende Entdeckungen, die den Namen von Münsterlingen über die gan-

¹⁸⁵ StATG 9'10, 9.5/1, Brief von Direktor Zolliker an Professor Bein (Direktion Ciba), 04.01.1968.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

ze Erde trugen und der Anstalt Besuche führender Psychiater aus allen Erdteilen brachten.¹⁸⁶

Kuhn machte die Überforderung mit der breiten Produktpalette im „Vielerorts“ fest. Dort, ohne dass die Orte genannt sind, probiere man ohne Methodik aufs Geratewohl. In Münsterlingen hingegen betrieb Kuhn psychopharmakologische Forschung mit Versuchspräparaten der pharmazeutischen Industrie. Im Gegensatz zur Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich war in Münsterlingen die Forschung nicht institutionalisiert. Roland Kuhn stand als Forscher und Arzt in regem Kontakt mit der pharmazeutischen Industrie und anderen psychiatrischen Kliniken, vor allem den Universitätskliniken Bern, Basel und Zürich.¹⁸⁷ Seine Beobachtungen und Erkenntnisse schrieb Kuhn auf und lieferte der pharmazeutischen Industrie zahlreiche ausführliche Berichte. In den psychiatrischen Fachzeitschriften publizierte er die Ergebnisse seiner psychopharmakologischen Forschung. Im Jahr 1964 hatte Kuhn seit der Einführung von Psychopharmaka 13 Fachzeitschriftenartikel zu diesem Thema verfasst.¹⁸⁸

¹⁸⁶ JB PKM 1963, Jubiläumsbericht 1939-1963, S. 6.

¹⁸⁷ Vgl. StATG 9'10, 9.5/0-5, Forschung, Therapie: Klinische Forschung, Prüfung chemischer Substanzen.

¹⁸⁸ Vgl. Verzeichnis der wissenschaftlichen Publikationen im JB PKM 1964; Vgl. zu Formen der wissenschaftlichen Werbung und dem Zusammenspiel von wissenschaftlichen Publikationen und Produktwerbung das Beispiel der Firma Ciba im Zusammenhang mit der Hormontherapie: Ratmoko, Damit die Chemie stimmt, 2010, S. 114-118.

2.3.2.2 „Im Irrgarten der Empfehlungen“

Roland Kuhn war nicht nur ein weltbekannter Psychopharmakologe. Zwischen 1971 und 1980 leitete er als Direktor die Psychiatrische Klinik Münsterlingen und von 1957 bis 1998 war er Dozent für Psychiatrie in Zürich. Er forderte, die Psychiatrie als affektive Beteiligung an den Kranken zu verstehen und auf eine ganzheitlich-einheitliche Grundlage zu stellen. Er sah sich als Vertreter der Seelenheilkunde, die den Kranken und sein Erleben ins Zentrum setzt. Naturwissenschaftlich-biologische und psychologisch-psychotherapeutische Zusammenhänge sollten für eine zukunftssträchtige Psychiatrie in einen ganzheitlichen Rahmen gestellt werden.¹⁸⁹

An einem Vortrag in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich am 19. Januar 2000 sprach Roland Kuhn über die Behandlung mit Psychopharmaka. Ausgangspunkt seiner Überlegungen war die Frage wie sich der Arzt „im Irrgarten der Empfehlungen für medikamentöse und psychische Behandlungen zurecht [finden kann].“¹⁹⁰

Die spontan gefundene oder aus der Verborgenheit durch die Zwiesprache von Kranken und Arzt hervorgeholte *vitale Depressivität* ist als biologisch begründet, endogen und reaktiv ausgelöste Daseinsform in ihrer physisch und psychisch sich ausdrückenden *Grundfunktion anzuerkennen*. Als *primäre Störung* ist sie in *erster Linie nachzuweisen* und *biologisch-medikamentös zu behandeln*.¹⁹¹

¹⁸⁹ Vgl. Hell, Roland Kuhn, 2005, S. 29f.; Kuhn, Psychiatrie mit Zukunft, 2004.

¹⁹⁰ Kuhn, Psychiatrie mit Zukunft, 2004, S. 54.

¹⁹¹ Ebd., S. 59, (Hervorhebungen im Original).

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

Daraufhin zeige sich, ob die Symptome beim Kranken verschwinden oder ob noch etwas zurückbleibt. Dieser Rest wäre dann, gemäss den Ausführungen Kuhns, das was im Freudschen Sinn psychoneurotisch oder nach Binswanger innerlich lebensgeschichtlich bedingt ist. Woraus sich dann eine psychotherapeutische Behandlung begründen liesse. Und genau mit diesem Vorgehen von der medikamentösen, symptomatisch ausgerichteten Behandlung zum psychotherapeutischen Gespräch von Mensch zu Mensch, liege die Möglichkeiten für den Psychiater der „*einheitlich-ganzheitlichen Struktur des menschlichen Daseins*“ zu entsprechen.¹⁹²

Die Ausführungen Roland Kuhns machen deutlich, dass das Selbstverständnis der Klinik auf der psychotherapeutischen Tradition gründet. Daher ist das psychiatrische Selbstverständnis der Klinik bis heute durch die Psychotherapie geprägt und die Psychiatrie in Münsterlingen versteht sich in erster Linie als therapeutische Disziplin. Ludwig Binswanger, ein Enkel des Chefarztes der Klinik Bellevue, hatte eine Methode entwickelt, die er Daseinsanalyse nannte. Es handelte sich um eine Ergänzung zur Psychoanalyse von Sigmund Freud, die sich als fruchtbar für die ärztliche therapeutische Tätigkeit in Münsterlingen erwies.¹⁹³

2.3.3 Zum Verhältnis von Praxis und Wissenschaft

„Quelle der Erkenntnis bleibt immer die lebendige Anschauung“, sagte Christian Scharfetter 1972 in seiner Antrittsvorlesung in der Aula der

¹⁹² Ebd.

¹⁹³ Vgl. Studer, Thurgauer Psychiatrie, 2002, S. 2855.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

Universität Zürich.¹⁹⁴ Der Psychiater Christian Scharfetter war von 1969 bis 1999 an der Forschungsabteilung und in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich tätig. In seiner Antrittsvorlesung äusserte er seine Gedanken zur Psychiatrie als Wissenschaft und Praxis und bezog sich auf die Forderung „Bleiben wir am Kranken“ des ehemaligen Klinikdirektors Manfred Bleuler.

Die Ergebnisse so verschiedener Verfahren und Methoden, so vieler Sondergebiete des Forschens sind schwer zu überschauen und in ihrem Wert für den Fortschritt unseres Faches zu bestimmen. Das ist aber wichtig, um unser alltägliches Tun immer mehr wissenschaftlich zu untermauern – in gegenseitiger Befruchtung von Praxis und Wissenschaft. [...] So gilt uns weiter Manfred Bleulers Mahnruf: „Bleiben wir am Kranken“. Der Kranke braucht uns und wir brauchen ihn. Er gibt uns die Möglichkeit, unsere Voraussetzungen und Voreingenommenheiten inne zu werden, unser Vermuten, Meinen, Glauben, unser Nichtwissen zu gewahren. – Wen eher als den Psychiater könnte der Spruch von Hippokrates begleiten: Das Leben ist kurz, die Kunst gross, der günstige Augenblick rasch vorbei, die Erfahrung trügerisch, die Beurteilung schwierig.¹⁹⁵

Die Verbindung von Wissenschaft und praktischer Anwendung beruhte in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich auf einer langjährigen Forschungstradition. Mit der Einführung von Neuroleptika 1953 und Antidepressiva 1958 waren Psychopharmaka-Prüfungen Bestandteil im klinischen Alltags des damaligen Burghölzlis und der späte-

¹⁹⁴ Scharfetter, *Psychiatrie als Wissenschaft und Praxis*, 1973, S. 260.

¹⁹⁵ Ebd.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

ren Psychiatrischen Universitätsklinik.¹⁹⁶ 1954 wurde das erste Neuroleptikum Chlorpromazin mit Schweizer Handelsnamen Largactil in der Zürcher Psychiatrischen Universitätsklinik angewendet. Bereits ein Jahr vor der Einführung von Largactil fanden Forschungen mit dem synthetisierten Rauwolfia-Alkaloid Reserpin in der Klinik statt. Diese Versuche trugen zur Entwicklung des zweiten wichtigen Neuroleptikums Serpasil bei, das in den 1950er und 1960er Jahren zur Anwendung kam.¹⁹⁷

Die Prüfung neuer Psychopharmaka verlief nicht immer so erfolgreich, wie dies beim Largactil und beim Serpasil der Fall war. 1957 äusserte der damalige Burghölzli-Direktor Manfred Bleuler Vorbehalte gegenüber der pharmazeutischen Firma Sandoz. Diese wartete auf die Resultate eines neuen Neuroleptikums, das sie dem Burghölzli zum Versuch übergeben hatte. Das Vorgängerpräparat und die zu testende Substanz hatten unerwünschte Wirkungen gezeigt. Im Tierversuch löste das betreffende Neuroleptikum Parkinson aus. Manfred Bleuler formulierte gegenüber Sandoz seine Bedenken und gestand, Angst vor der Erprobung des Medikaments zu haben.¹⁹⁸

2.3.3.1 Neue Substanzen und Bleulers Befürchtungen

Tatsächlich waren die pharmazeutischen Firmen stark darauf angewiesen, dass ihre neuen Präparate in den Kliniken zur Anwendung kamen.

¹⁹⁶ PUK Zehnjahresbericht 1969-1979, 1979, S. 67.

¹⁹⁷ Vgl. Meier/ Hürlimann/ Bernet, Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870-1970, 2002, S. 19.

¹⁹⁸ Vgl. Ebd.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

An einer *Conference on Therapy* in den USA im Jahr 1954 kam der Grund dafür deutlich zur Sprache. Harry Gold, der am Cornell University Medical College als Pharmakologe tätig war, plädierte für die Entwicklung guter Methoden zum Testen und Evaluieren von neuen Medikamenten.¹⁹⁹ Die Vorarbeiten leisteten die pharmazeutischen Labore mit dem *Screening* des Materials für zukünftige Medikamente. Doch der entscheidende Punkt liege bei der Anwendung in der Praxis am einzelnen Menschen, dort schwäche sich der Laborerfolg schnell ab.

The pharmalogic laboratories are doing a very good job in screening these materials but there is always the need of getting the final answer from clinical pharmacology, studies made directly in human subjects. Here is where the advance slows down markedly.²⁰⁰

Der Brief Bleulers an das Sandoz-Laboratorium lässt die Ungewissheit erahnen, welche die Anwendung neuer Substanzen begleitete. Die Nebenwirkungen im Tierversuch schienen den Klinikdirektor vom Test an den PatientInnen abzuhalten oder zumindest Grund für einen zeitlichen Aufschub zu sein. Die Bedenken Manfred Bleulers widerspiegeln das Abwägen, ob die Versuche trotz den wahrscheinlichen Nebenwirkungen durchgeführt werden sollten. Die mögliche „Besserung“ des Krankheitszustandes aufgrund des Medikaments stand den Befürch-

¹⁹⁹ Vgl. Shorter, A Brief History of Placebos and Clinical Trials in Psychiatry, 2011, S. 194.

²⁰⁰ Conference on Therapy, How to Evaluate a New Drug, 1954, S. 722.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

tungen nicht intendierter Folgen und gravierender Nebenwirkungen gegenüber.²⁰¹

Der Korrespondenz zwischen Bleuler und der pharmazeutischen Industrie zwischen 1959 und 1969 ist zu entnehmen, dass sich der Klinikdirektor sowohl für Medikamentenlieferungen als auch für die finanzielle Unterstützung der wissenschaftlichen Arbeit durch die Pharmafirmen bedankte.²⁰² Darüber hinaus zeugt die Korrespondenz auch von der Diskussion über Vor- und Nachteile der neuen Psychopharmaka. Die Wirksamkeit eines bestimmten Psychopharmakon, seine gefährlichen Nebenwirkungen, die Indikationsstellung, die Anwendung über längere Zeit und vor allem der Vergleich mit anderen Psychopharmaka waren die häufig angesprochenen Themen in dieser Korrespondenz. Die Bestätigung der erfolgreichen Anwendung ihrer Produkte war für die pharmazeutische Industrie ebenso wichtig wie präzisierende Ausführungen über die Wirkung auf den körperlichen und psychischen Zustand der Patienten. In einem Schreiben der Ciba an Manfred Bleuler vom 28. April 1959 wird deutlich, dass die Abgrenzung der Medikamente untereinander und die Beschreibung ihre spezifischen Wirkungsweisen, zentrale Informationen für die Pharmafirmen waren.

In Anbetracht der Vielzahl neuer Präparate erscheint uns der Versuch, sie gegeneinander abzugrenzen und die für die Mehrzahl der Kranken geeigneten hervorzuheben, von besonderer

²⁰¹ Vgl. Meier/ Hürlimann/ Bernet, Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870-1970, 2002, S. 19.

²⁰² StAZH, PUK, Nr. 115, Wissenschafts-Finanzierung durch die Industrie 1959-1977, Korrespondenz von Manfred Bleuler (1959–1969).

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

Wichtigkeit, vor allem da die neuen Mittel mehr und mehr den Weg in die Allgemeinpraxis finden. Die in Ihrem Schreiben in dieser Hinsicht gegebenen Präzisierungen sind für uns ausserordentlich wertvoll und aufschlussreich gewesen. Wir sind jederzeit gerne bereit, Ihnen neue Versuchsmengen nicht nur von Serpasil, sondern auch anderer zentral wirkender Pharmaka zur Verfügung zu stellen, um auf diese Weise von uns aus dazu beizutragen, weitere Erfahrungen bei der langdauernden Anwendung dieser Präparate zu sammeln.²⁰³

Die pharmazeutische Industrie war an den Beobachtungen und schriftlichen Berichten aus der psychiatrischen Klinik interessiert. Auf dieser Grundlage war es möglich, die Mittel voneinander abzugrenzen und Indikationsstellungen zu formulieren, die Voraussetzung dafür waren, dass auch die Allgemeinmediziner in den Praxen die Präparate verschreiben konnten. Aus diesem Grund waren in erster Linie die Ungefährlichkeit der Medikamente, der Behandlungserfolg und die Indikationsstellung die Themen, welche in der Korrespondenz zwischen Manfred Bleuler und der Ciba angesprochen wurden.²⁰⁴

²⁰³ StAZH, PUK, Nr. 115, Brief der Ciba an Manfred Bleuler, 28.04.1959.

²⁰⁴ Diese Themen kamen nicht nur in den Briefen mit der Ciba vor, sondern lassen sich auch bei der Korrespondenz mit der Firma Sandoz finden, was den Schluss nahelegt, dass es sich nicht um firmenspezifische Aspekte handelte, sondern exemplarisch für die Beziehung zwischen der psychiatrischen Klinik und der pharmazeutischen Industrie war. Dies gilt auch für die Korrespondenz zwischen der Klinik in Münsterlingen und der Industrie. Vgl. StAZH, PUK, Nr. 115, Wissenschafts-Finanzierung durch die Industrie 1959-1977, Korrespondenz von Manfred Bleuler (1959–1969); StATG 9'10, 9.5/0-5, Forschung, Therapie: Klinische Forschung, Prüfung chemischer Substanzen; Vgl. auch: Meier/ Hürlimann/ Bernet, Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870-1970, 2002, S. 19.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

Sehr geehrter Herr Professor,

Wir erlauben uns, Ihnen bei dieser Gelegenheit mitzuteilen, dass wir ein neues Präparat entwickelt haben, das im Tierversuch ausgesprochene zentrale Wirkungen zeigt, die in vielfacher Hinsicht dem Serpasil entgegengerichtet sind. Auf Grund seines Wirkungsbildes dürfte es am ehesten mit dem Marsilid vergleichbar sein. Zur Zeit ist diese Verbindung noch nicht am Menschen angewendet worden, und im Hinblick auf die mit anderen Verbindungen dieses Typus beobachteten Nebenwirkungen beabsichtigen wir, das Präparat zunächst erst an einer oder zwei geeigneten Internen Kliniken prüfen zu lassen, ehe wir es an eine Psychiatrische Klinik geben. Vorausgesetzt dass die Untersuchungen keinen Hinweis für das Auftreten von Nebenwirkungen geben, wären wir Ihnen ausserordentlich dankbar, wenn Sie sich bereit finden könnten, diese Verbindung (Präp. 22'679) an Ihrer Klinik einer Prüfung unterziehen zu lassen. Wir würden Ihnen dann ein Exposé über die bei uns vorliegenden experimentellen Befunde zugehen lassen.²⁰⁵

Die Gefahr bei der Verwendung neuer Substanzen oder der Gebrauch von bekannten Mitteln über längere Zeit, wurden immer wieder von Manfred Bleuler angesprochen. In den Briefen wird auch deutlich, dass das Risiko bei der Anwendung der Substanzen immer in einem, vom Psychiater als vernünftig erachteten, Verhältnis zum wahrscheinlichen Behandlungserfolg stehen musste. Die Ciba verglich das neue Präparat mit einem bereits zugelassenen Medikament. Die Firma Hoffmann-La Roche hatte Marsilid 1957 auf den Markt gebracht. Es handelt sich dabei um ein Antidepressivum, genauer um einen Mo-

²⁰⁵ StAZH, PUK, Nr. 115, Brief der Ciba an Manfred Bleuler, 28.04.1959.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

noaminoxidasehemmer mit der chemischen Bezeichnung Iproniazid. Manfred Bleuler antwortete auf das Schreiben vom 24. April mit einem Brief, den er am 2. Mai 1959 verfasste und an die Ciba in Basel sandte:

Ihre Mitteilungen über das neue, dem Marsilid in seiner Wirkung vergleichbare Medikament haben mich sehr interessiert und ich werde mich grundsätzlich gerne mit dem Präparat beschäftigen, wenn es zur klinisch-psychiatrischen Prüfung reif ist und seine Ungefährlichkeit erwiesen ist.²⁰⁶

Obwohl Manfred Bleuler ein grundsätzliches Interesse am Präparat und seiner probeweisen Anwendung in der Klinik kund tat, geht aus seinem Brief auch hervor, dass er erst nach bestätigter Ungefährlichkeit der Substanz bereit sein würde, diese klinisch zu gebrauchen. Ein Grund, der Bleulers Vorsicht, die trotz seiner Kooperationsbereitschaft aus den Briefen herauszulesen ist, erklären könnte, war sein Anliegen, die Psychiatrie vor Kritik zu schützen. Als Klinikdirektor war es ihm ein grosses Anliegen, das öffentliche Misstrauen gegenüber der Psychiatrie wenn nicht abzubauen so doch nicht weiter zu fördern.²⁰⁷

Im Zusammenhang mit den medikamentösen Behandlungsmethoden finden sich keine Äusserungen Manfred Bleulers, in denen er befürchtete negative Reaktionen der Öffentlichkeit gegenüber der Psychiatrie ansprach. In einem Briefwechsel zwischen Manfred Bleuler und Prof. Dr. Schinz, Direktor des röntgendiagnostischen Zentralinstitutes

²⁰⁶ StAZH, PUK, Nr. 115, Brief von Manfred Bleuler an die Ciba, 02.05.1959.

²⁰⁷ JB PUK 1968, S. 1, 28.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

und der radiotherapeutischen Klinik am Kantonsspital Zürich gibt es jedoch Hinweise, dass Bleuler befürchtete, mit dem Erproben neuer Behandlungsmethoden dem öffentlichen Vorwurf, Patienten als „Versuchskaninchen“ zu gebrauchen, Vorschub zu leisten.²⁰⁸ Obwohl es sich bei diesem Briefwechsel um neue Behandlungen durch Hypophysenbestrahlung von schizophrenen Patienten handelte, ist Bleulers Vorsicht bei der Anwendung neuer Medikamente ebenfalls vor dem Hintergrund des befürchteten öffentlichen Angriffs auf die Psychiatrie zu lesen. Im Brief vom 11. Januar 1960 an Prof. Dr. Schinz schrieb Bleuler, dass ihn die neue Behandlung schizophrener Patienten durch Hypophysenbestrahlung sehr beschäftige. Aus theoretischen und konkreten Gründen konnte er jedoch keine Behandlung durchführen:

Zur Zeit habe ich keinen Patienten zur Verfügung, deren Angehörige die Einwilligung zu einer ganz neuen Behandlungsmethode geben wollten. Wie Sie wissen, liegt in der Psychiatrie der öffentliche Vorwurf unter dem Schlagwort „Versuchskaninchen“ dem Volke noch viel näher als in der übrigen Medizin. Wie Sie ebenfalls wissen, ist die Psychiatrie Angriffen von allen Seiten viel eher ausgesetzt als alle andern Fachgebiete. Aus dieser Einstellung heraus müssten die Angehörigen und die Patienten selbst eine neue Behandlungsmethode geradezu wünschen, was bisher nicht der Fall war.²⁰⁹

In diesem Schreiben Bleulers kommen zwei wichtige Aspekte hervor, die stark damit verbunden sind, dass es in diesem Fall um die

²⁰⁸ StAZH, PUK, Nr. 115, Brief von Manfred Bleuler an Prof. Dr. Schinz, 11.01.1960.

²⁰⁹ Ebd.

Anwendung neuer Behandlungsmethoden in der Psychiatrie ging. Erstens war der Klinikdirektor der Meinung, dass die Psychiatrie sorgfältig mit neuen Behandlungsmethoden und Versuchen umgehen musste, weil in der Bevölkerung ein allgemeines Misstrauen gegenüber der Institution bestand. Möglicherweise sah sich Bleuler dazu veranlasst, zur Vorsicht zu gemahnen, gerade weil im Verlauf der Geschichte PsychiatriepatientInnen für Forschungszwecke gebraucht worden waren.²¹⁰ Zweitens brauchte es zu einer neuen Behandlungsmethode und damit auch zur klinischen Forschung die Einwilligung der PatientInnen beziehungsweise der Angehörigen. Bleuler schrieb, dass er keine Einwilligung habe und bei den PatientInnen und den Angehörigen der Wunsch nach einer neuen Behandlungsmethode fehle.

2.3.3.2 Versuche und die Einwilligung der PatientInnen

Die Diskussion in der Ärzteschaft, Rechtswissenschaft, Politik und Öffentlichkeit darüber, was ÄrztInnen mit und ohne Einwilligung der PatientInnen tun dürfen, geht bis ins 19. Jahrhundert zurück.²¹¹ Ende des 19. Jahrhunderts kamen insbesondere in der Diskussion über die klinische Forschung die Begriffe Wahrheit, Information, Einwilligung und Zusammenarbeit in der Arzt-Patient-Beziehung auf.²¹²

²¹⁰ Vgl. bspw. für die USA in den 1940er Jahren: Rothman, *Strangers at the Bedside*, 1991, S. 32-50.

²¹¹ Vgl. Vollmann, *Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie*, 2000, S. 17.

²¹² Ebd.; Vgl. auch die Auseinandersetzung mit der deutschen Geschichte, in der trotz ethischer Regulierung durch die Ärzteschaft und staatliche Stellen unter der nationalsozialistischen Herrschaft grausame und entwürdigende Menschenversuche durchgeführt wurden: Helmchen, *Forschung mit nicht-einwilligungsfähigen Demenzkranken*. Ein aktuelles Problem im Licht der deut-

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

Seit 1947 gelten die Richtlinien des *Informed Consent*, der sich auf die Begriffe Aufklärung und Einwilligung stützte und einer Ablösung von der „zweckentsprechenden Belehrung“ gleichkam. Letztere zeigte auf ein paternalistisches Arzt-Patient-Verhältnis hin, in dem der Arzt als Verkörperung des Fachwissens erschien und eine moralische Autorität besass.²¹³

Die Richtlinie ist seit 1964 Teil der Deklaration von Helsinki, die vom Weltärztebund formuliert wurde. Die Deklaration sieht vor, dass die Einwilligung mindestens eines Vertreters der psychisch erkrankten Person eingeholt werden muss. Die *World Psychiatric Association* verlangt seit 1977, dass die ÄrztInnen die Einwilligung der Angehörigen einholen und insofern zum Wohl der PatientIn handeln, als diese/r im Nachhinein der Behandlung zustimmen würde.²¹⁴

Aus der blossen Existenz dieser Richtlinien kann nicht auf die psychiatrische Praxis von PatientInnenaufklärung und -einwilligung geschlossen werden.²¹⁵ Die Ausführungen Manfred Bleulers lassen aber vermuten, dass der Psychiater sich auf eine medizinischen Tradition

schen Geschichte, 1997; Balz, 1953 – Megaphen wird zur Wirkung gebracht, 2009, S. 173f.

²¹³ Vgl. Vollmann, Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie, 2000, S. 20; Vgl. Kragh, *Malaria Fever Therapy for General Paralysis of the Insane in Denmark*, 2010, S. 471-486. Jesper Kragh zeigt darin auf, wie die gefährliche Malariakuren, zwischen 1920 und 1950 zur Anwendung kamen und tödliche Folgen haben konnte, in der dänischen Psychiatrie zu einer ersten *Informed Consent* Regulierung führten.

²¹⁴ Vgl. Meier et al., *Zwang zur Ordnung*, 2007, S. 36f.; Vgl. zum *Informed Consent* in der Psychiatrie aus einer europäischen Perspektive: Koch/ Reiter-Theil/ Helmchen, *Informed Consent in Psychiatry*, 1996.

²¹⁵ Vgl. Vollmann, Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie, 2000, S. 21, 24.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

bezog, die um „Wahrheit am Krankenbett“ und um Einwilligung der PatientInnen bemüht war.²¹⁶

Hinweise, weshalb Angehörige und die PatientInne keine neue Behandlungsmethode wünschten, lassen sich in den Quellen nicht finden. Der fehlende Wunsch kann möglicherweise mit dem allgemeinen Misstrauen gegenüber der Psychiatrie begründet werden. Eine andere Erklärung ist, dass die PatientInnen und ihre Angehörigen mit der aktuellen Behandlung soweit zufrieden waren und keine Verschlechterung des Zustandes riskieren wollten.

Die Rolle der Angehörigen ist bisher in der Psychiatriegeschichte nicht untersucht worden. Die historische Forschung könnte sich auf Krankenakten stützen, in denen Briefe und Einwilligungen in Behandlungen durch die Angehörigen erhalten sind. Im Verlaufe der Quellenarbeit zu dieser Studie wurden einige Dokumente in den Krankenakten gesichtet, die sich für eine solche Geschichtsschreibung anbieten würden. Jedoch müsste eine solche Untersuchung die Tatsache berücksichtigen, dass die Einwilligung möglicherweise nicht schriftlich, sondern mündlich erfolgte.²¹⁷ Überlegungen zu einem *Shared-Decision-Making* könnten in eine solche Untersuchung einfließen, in der es um die Interaktion zwischen Arzt und Patient geht und die auch die Angehörigen miteinbeziehen könnte.²¹⁸

²¹⁶ Vgl. Ebd., S. 25; Pernick, *The Patient's role in Medical Decisionmaking*, 1982.

²¹⁷ Vgl. Vollmann, *Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie*, 2000, S. 23.

²¹⁸ Vgl. zur Interpretation des Arzt-Patient-Verhältnisses: Katz, *The Silent World of Doctor and Patient*, 1984; Pernick, *The Patient's role in Medical Decision-making*, 1982.

Eine nahe liegende Forschungsfrage kann sich damit auseinander setzen, ob die Angehörigen eher bereit waren, neuen Behandlungsmethoden zuzustimmen, wenn die bisherigen Mittel gar keine Wirkung zeigten. Eine offene Frage ist, ob das Gespräch zwischen den ÄrztInnen und den Angehörigen mehr den Charakter einer Manipulation mit dem klaren Ziel der Einwilligung aufwies, weil es in erster Linie um die Forschungs- und Therapieinteressen der ÄrztInnen ging oder ob die Aufklärung mehr im Sinne einer PatientInnenautonomie zu interpretieren ist. Der Autonomieaspekt weist daraufhin, dass in diesem Themenbereich eine psychiatriehistorische Herangehensweise angezeigt ist, die nicht ausschliesslich davon ausgeht, dass PatientInnen psychiatrische Behandlungen erleiden und erdulden mussten, sondern ihre Rollen im psychiatrischen Kontext sieht. Dazu gehört, dass PatientInnen nicht ausschliesslich Leidende waren, sondern auch mit den PsychiaterInnen und dem Pflegepersonal verhandelten, Medikamente konsumieren wollten, eigensinnig Widerstand leisteten und Wünsche äusserten.²¹⁹

2.4 Folgerung: Formen therapeutischer Forschung

Die Untersuchung in diesem Kapitel 2 lief entlang der Überlegung, dass es im Untersuchungszeitraum kein einheitliches Konzept therapeutischer Forschung gab. Der Vergleich von zwei unterschiedlichen psych-

²¹⁹ Das belegen Aufzeichnungen des Personals in den Krankenakten: StAZH, Z 100, KA-Nr. 58835 darin Nr. 59883, Einträge vom 03.05. und 14.10.1963 im Rapport und vom 31.12.1963 in der Krankenakte, S. 44; StAZH, Z 100, KA-Nr. 61617, Eintrag vom 21.12.1964 in der Krankenakte, S. 12f.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

iatrischen Kliniken zeigt, dass in beiden Kliniken die Psychopharmaka als positive Entwicklung des Behandlungsplans interpretiert wurden und gleichzeitig die enorme Fülle von psychopharmakologischer Substanzen als Problematik erkannt wurde. Gerade die Vielzahl der Substanzen erforderte psychopharmakologische Forschungstätigkeit in der Klinik, um die Präparate beziehungsweise die Indikationen von einander abzugrenzen. Die Forschungswege unterschieden sich trotz gleicher Problemlage in den beiden Kliniken erheblich, was sich auch auf die Quellenlage zur therapeutischen Forschung auswirkte. In der Klinik Münsterlingen wurde mit Psychopharmaka geforscht und therapiert, ohne dass die Bereiche Klinik und Forschung als Gegensätze oder als Symbiose bezeichnet wurden. Stattdessen gingen Therapie und Forschung ineinander über, so dass Forschungs- und Behandlungsplan nicht mehr zu unterscheiden waren, wobei dieses Phänomen gerade aufgrund seiner Selbstverständlichkeit in der Klinik nicht thematisiert wurde.

Anders verhielt es sich mit der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, die mit der Etablierung der Forschungsabteilung ein Signal in Richtung wissenschaftliche Psychiatrie setzte und den experimentellen Charakter beim Gebrauch von Psychopharmaka offiziell machte. In Bezug auf die Vermittlung von Forschungsinteresse und Klinikalltag sahen sich die PsychiaterInnen der Forschungsabteilung veranlasst, strukturelle Konzepte zu erarbeiten. Während Roland Kuhn ein praktisches Merkblatt für die Verabreichung der psychopharmakologischen Versuchspräparate und für die bewährten Psychopharmaka dem Pflegepersonal zukommen liess, verankerte Jules Angst die Zu-

sammenarbeit von Klinik und Forschung mittels einer konzeptionellen Erklärung.²²⁰

2.4.1 Forschungsziele der wissenschaftlichen Psychiatrie

Im Jahr 1976 verfasste Jules Angst das „Strukturkonzept Klinik/Forschung“.²²¹ Darin wurden die Zusammenarbeit zwischen Klinik und Forschung und die funktionale aber nicht räumliche Teilung zwischen Klinik und Forschung verankert. Die Bedürfnisse der Forschung wurden folgendermassen umschrieben und begründet:

1. Zugang zu allen Patienten der Klinik mit der Begründung, dass damit repräsentative Forschung betrieben werden konnte.
2. Eine eigene Bettenabteilung mit Wachsaal mit der Begründung, damit die Ausbildung der Assistenten zum FMH zu ermöglichen und spezielle Projekte der biochemischen Grundlagenforschung umzusetzen.
3. Übergabemöglichkeit der erforschten Patienten an die Klinik zur weiteren Behandlung mit der Begründung, dass dies zur Entlastung der Forschungsabteilung von Routineaufgaben führte.²²²

²²⁰ StATG 9'10, 9.6.1/19, Weisungen an das Pflegepersonal betreffend den Psychopharmaka. Hinweise, wie der Verlauf zu notieren ist und welche Tests (Urin, Nierenfunktion u.a.) zu machen sind. Das Merkblatt ist ohne Datum, ist aber aufgrund von Jahresangaben in anderen Dokumenten, die im gleichen Mäppchen abgelegt wurden, vermutlich im Zeitraum 1960 bis 1964 entstanden.

²²¹ StAZH, PUK, Nr. 115, Strukturkonzept Klinik Forschung verfasst von Jules Angst, 03.12.1976.

²²² Ebd.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

Der pionierhafte Entscheid und die Entwicklung an der PUK fand auch im Ausland, vor allem in Deutschland Beachtung. Ein deutscher Kollege schrieb am 16. Februar 1970 an den neu eingesetzten Leiter der Forschungsabteilung Jules Angst.

Ich freue mich sehr, Sie in Zürich nun in leitender Stelle zu wissen zusammen mit Herrn Ernst, den wir auch einmal zu einem Kolloquium in Göttingen hatten. Ich bin neugierig, ob sich die Trennung zwischen Klinik und Forschung wirklich bewähren wird. Als deutscher Psychiater wird man sich etwas fragen, ob hier nicht ein gefährlicher Ansatz für die Trennung von Universitäts- und Anstaltspsychiatrie, wie sie für die Entwicklung in Deutschland verhängnisvoll war, liegt. Dass das für Zürich bei der personellen Besetzung nicht eintreten wird, davon bin ich allerdings überzeugt.²²³

Auffallend ist, dass der deutsche Psychiater in der Entwicklung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich mit ihrer eigenständigen Forschungsabteilung einen Trennungsansatz vermutete, wohingegen die Klinikleitung und auch die PsychiaterInnen der Abteilung von der Verbindung zwischen Klinik und Forschung sprachen. Im Rückblick auf das zehnjährige Bestehen der Forschungsabteilung fiel sogar die Bezeichnung einer Symbiose von Klinik und Forschung. Im Jahr 1979, zehn Jahre nach der Gründung der Forschungsabteilung dankten die Mitarbeitenden dem Klinikdirektor Klaus Ernst für die

²²³ StAZH, PUK, Nr. 115, Brief von Dr. J. Meyer an Jules Angst, 16.02.1970

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

Bereitschaft, die „Symbiose“ von Klinik und Forschung unterstützend mitgestaltet zu haben.²²⁴

Der deutsche Psychiater interpretierte die Entstehung einer eigenständigen Forschungsabteilung als einen Prozess, der sich in Deutschland vollzogen hatte und den er im Schreiben kritisierte. In Deutschland hatte sich die klare Trennung zwischen Anstalt und Universitätsklinik bereits im 19. Jahrhundert etabliert. In der Schweiz, und daher auch in Zürich, konnte dieses System nie Fuss fassen, obwohl die medizinische Fakultät und die Klinikleitung bis ins erste Drittel des 20. Jahrhunderts wiederholt die Trennung von Klinik und Anstalt nach dem Vorbild der deutschen Universitätskliniken forderten. Das deutsche Modell, in dem eine von der Anstalt losgelöste Universitätsklinik mit einer hohen PatientInnenfluktuation bestand, konnte sich in der Schweiz nicht durchsetzen und auch die Gründung der Forschungsabteilung innerhalb der Klinik änderte nichts daran.²²⁵

Trotz der Kontinuität hinsichtlich einer Universitätsklinik, die sowohl einen Forschungs- als auch einen Versorgungsauftrag zu erfüllen hatte, kann die Entstehung der Forschungsabteilung auch als Tendenz in Richtung Klinik als Forschungsstätte interpretiert werden. Die Ziele der Forschungsabteilung war von Anfang an in zwei Richtungen festgelegt: Erstens sollten die Forschungstätigkeiten, basierend auf Leistungen der ehemaligen Klinikdirektoren Manfred Bleuler, Auguste Forel, Eugen Bleuler und Hans W. Maier, fortgesetzt werden. Zweitens sollte die Forschung im Bereich der „biologischen Psychiatrie“ ausgebaut

²²⁴ PUK, Zehnjahresbericht 1969-1979, 1979, S. 2.

²²⁵ Vgl. Meier et al., Zwang zur Ordnung, 2007, S. 62.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

werden, wobei der Schwerpunkt auf die Genetik und die Psychopharmakologie gelegt wurde.²²⁶

Diese zweite Zielsetzung an der Psychiatrische Universitätsklinik Zürich entsprach einer Entwicklung, die sich vor allem in der angelsächsischen Psychiatrie beobachten lässt und bereits von Psychiatern und Historikern eingehend geschildert wurde.²²⁷ Der Aufstieg der Psychopharmakologie fiel zusammen mit der verstärkten Orientierung der Psychiatrie an biologischen Erklärungsansätzen für psychische Krankheiten. Da somatische Kuren „lindernd und symptomnormalisierend“ wirkten, gingen die PsychiaterInnen von einem „biologischen Substrat“ der psychischen Krankheiten aus.²²⁸

Biochemische und biologische Vorgänge im Hirn eröffneten sich der Forschung in den 1950er und 1960er Jahren, als die Funktionen von Serotonin und anderen Neurotransmittern untersucht werden konnten.²²⁹ Die dazu formulierten Hypothesen galten jedoch nur bedingt als gesichert. Neue psychopathologische und pharmakologische Erkenntnisse forderten diese Annahmen heraus und falsifizierten sie teilweise. Das Interesse der PsychiaterInnen an der „Biologie der Geisteskrank-

²²⁶ PUK, Zwanzig Jahre Forschungsabteilung 1969-1989, 1989, S. 6.

²²⁷ Vgl. Kandel, *A New Intellectual Framework for Psychiatry*, 1998, S. 459; Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, 1999, S. 393-408; Smith, *Limited Psychiatry: Hyperactivity and the Evolution of American Psychiatry 1957-1980*, 2008, S. 541-559.

²²⁸ Vgl. Langer, *Psychopharmaka*, 1983, S. 30.

²²⁹ Vgl. Spiegel, *Einführung in die Psychopharmakologie*, 1995, S. 137-144.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

heiten“ war geweckt und im Bereich der Biochemie, der Genetik sowie der Neurowissenschaften wurde die Forschung ausgebaut.²³⁰

Mit der Gründung der Forschungsabteilung setzte die Psychiatrische Universitätsklinik ein Signal, das in Richtung „wissenschaftliche Psychiatrie“²³¹ wies. Die Psychiatrie wollte einerseits praktische Aufgaben der Medizin bewältigen, andererseits mit wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Weiterentwicklung der Disziplin beitragen. Die Forschung in der Psychiatrie hatte den Auftrag, ein „Hilfsmittel“ der psychiatrischen Praxis zu sein.²³² Die Bildung von Begriffen für die Bezeichnung psychischer Störungen sowie die Klärung der Krankheitsursachen und deren Verlauf waren vordergründige Ziele.²³³

Die Mitarbeitenden der Forschungsabteilung waren vielfältig ausgebildet und arbeiteten mit Methoden der Phänomenologie, Psychopathologie, Erbforschung, Epidemiologie, Biochemie und Elektroencephalographie.²³⁴ Die Klinik knüpfte auch Verbindungen zum Hirnforschung-Institut. Mit der Gründung der Forschungsabteilung hatten die KlinikerInnen die Hoffnung verbunden, die Zusammen-

²³⁰ Vgl. Kandel, *A New Intellectual Framework for Psychiatry*, 1998, S. 459; Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, 1999, S. 393-408.

²³¹ Scharfetter, *Psychiatrie als Wissenschaft und Praxis*, 1973, S. 256.

²³² Ebd.; Es handelt sich beim Vortrag von Christian Scharfetter um eine frühe Forderung nach einer Evidenzbasierten Psychiatrie. Dieses Prinzip setzte sich in der Medizin in den 1980er Jahren durch und stand auf der Basis der Methodenlehre der 1960er Jahre. Evidenzbasierte Psychiatrie zu betreiben, bedeutet trotz Beschränkungen die gegenwärtig verfügbare Evidenz bezüglich psychischen Erkrankungen (Diagnostik) und ihren Behandlungsmöglichkeiten (therapeutische Verfahren) für konkrete Fragestellungen zu nutzen und klinische Entscheide zu fällen. Vgl. Weinmann, *Evidenzbasierte Psychiatrie*, 2007, S. 9.

²³³ Scharfetter, *Psychiatrie als Wissenschaft und Praxis*, 1973, S. 256.

²³⁴ Ebd., S. 257f.

arbeit mit diesem Institut zu stärken. Die Einrichtung der Hirnforschung, die sich auf dem Areal der Klinik befand, hatte der spätere Universitätsrektor Konrad Akert gegründet.²³⁵ Die Forschungsabteilung verfügte über Apparaturen für die Elektroenzephalographie, welche zur Aufzeichnung von Hirnstromkurven diente und unter anderem zur Registrierung der Wirkung von Psychopharmaka Verwendung fand.²³⁶

2.4.2 Kein Bruch mit dem psychiatrischen Selbstverständnis

Die Verbindung zur Hirnforschung und die technische Ausrüstung der Forschungsabteilung stellten eine Veränderungen in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich dar, die aber keinen radikalen Bruch mit dem bisherigen Selbstverständnis der Klinik bedeutete. Das psychiatrische Selbstverständnis der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich war bis in die 1970er Jahre durch die Psychoanalyse geprägt und die Psychiatrie sah sich in erster Linie als therapeutische Disziplin.²³⁷

Die PsychiaterInnen der Forschungsabteilung sprachen der Psychotherapie nicht ihre Daseinsberechtigung ab, sondern betonten vielmehr die Vorrangstellung der Psychopharmaka, welche die Psychotherapie erst möglich machen würden.²³⁸ Eine ähnliche Argumentati-

²³⁵ PUK, Zwanzig Jahre Forschungsabteilung 1969-1989, 1989, S. 5.

²³⁶ JB PUK 1972, S. 17.

²³⁷ Der von 1898-1927 am Burghölzli tätige Klinikdirektor Eugen Bleuler nahm neben Carl G. Jung in Zürich eine Vorreiterrolle für die Entwicklung der psychoanalytischen Therapie ein. Vgl. auch: Kandel, A New Intellectual Framework for Psychiatry, 1998, S. 457.

²³⁸ Vgl. Woggon/ Angst/ Margoses, Gegenwärtiger Stand der neuroleptischen Langzeitbehandlung der Schizophrenie, 1975, S. 612; Woggon/ Angst, Die Be-

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

on bestand auch im „Kompendium der Psychopharmakotherapie“ von Walter Pöldinger, der an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel als Psychiater tätig war. Er sprach von einem Wandel im psychiatrischen Behandlungsplan in den 1960er Jahren und stützte sich dabei auf eine Darstellung seines Vorgesetzten und Direktors der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel, Paul Kielholz.²³⁹ In dieser Darstellung (vgl. Abbildung 2) ist die Verschiebung von der somatischen zur psychopharmakologischen Therapie veranschaulicht. Walter Pöldinger ging von einem supportiven Therapiedreieck aus, das Psychopharmaka, Psycho- und Beschäftigungstherapie beinhaltet.

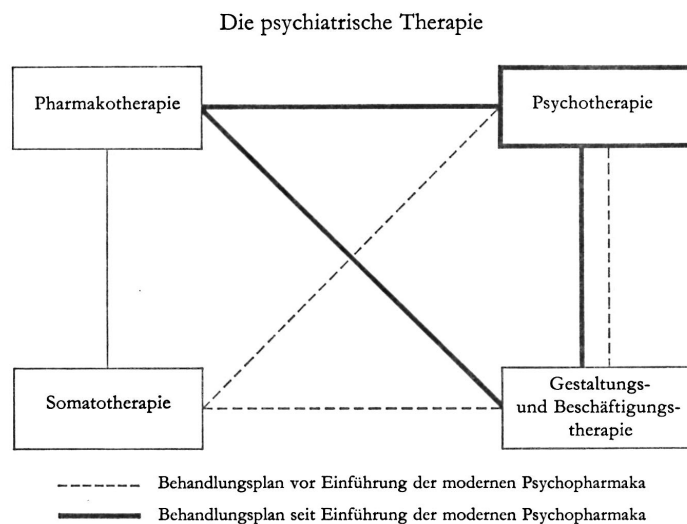


Abbildung 2: Schematische Darstellung des psychiatrischen Behandlungsplans vor und nach der Einführung der Psychopharmaka.

deutung der Depotneuroleptika für die Langzeitbehandlung schizophrener Patienten, 1977, S. 422.

²³⁹ Pöldinger, Kompendium der Psychopharmakotherapie, 1967, S. 28; nach: Kielholz, Paul. Einleitung zu Psychiatrische Pharmakotherapie in Klinik und Praxis, Bern, Stuttgart 1965.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

Es ist dabei wesentlich, dass alle Arten psychotherapeutischen Bemühens - wie das verstehende und erklärende ärztliche Gespräch, aufdeckende und nichtaufdeckende Psychotherapie (einschliesslich Gruppentherapie) - nach wie vor neben der Beschäftigungs- und Gestaltungstherapie den einen Eckpfeiler des psychiatrischen Behandlungsplanes bedeuten, während unter den somatischen Behandlungsmethoden die Schockbehandlungen weitgehend und die neurochirurgischen Eingriffe fast vollständig durch die Pharmakotherapie verdrängt wurden, die wiederum in vielen Fällen eine Psychotherapie überhaupt erst ermöglicht.²⁴⁰

Walter Pöldinger sprach vom psychiatrischen Behandlungsplan vor und nach der Einführung von Psychopharmaka. Die Darstellung dazu gibt schematisch die psychiatrische Praxisausrichtung in den 1960er und 1970er Jahren wieder. Die Abbildung zeigt das Zusammenspiel verschiedener Therapieformen in der psychiatrischen Klinik. Für die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich ist festzuhalten, dass die breite Anwendung psychopharmakologischer Substanzen bei der Behandlung von psychisch Kranken die psychoanalytische, psycho- und soziotherapeutische Tradition der Klinik nicht ablöste. Die PsychiaterInnen nahmen an, dass die Psychopharmaka die Psychotherapie nicht erübrigen würden,²⁴¹ daher lösten die Psychopharmaka die vorhandenen Therapieformen nicht ab. Die Psychiatrische Universitätsklinik Zü-

²⁴⁰ Pöldinger, Kompendium der Psychopharmakotherapie, 1967, S. 28.

²⁴¹ Vgl. Woggon/ Angst, Grundlagen und Richtlinien für erste klinische Psychopharmaka-Prüfungen (Phase I, II) aus der Sicht des klinischen Prüfers, 1978, S. 1257; Vgl. für das psychotherapeutische Selbstverständnis der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen Kapitel 2.3.2.2.

2 Versuchspräparate in den Kliniken 1950–1980

rich orientierte sich an der biologisch-psychopharmakologischen Ausrichtung ihrer Disziplin, ohne auf andere Behandlungsformen wie die Psychotherapie zu verzichten.

Da aus zahlreichen Studien, die in den 1970er Jahren an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich entstanden, hervorging, dass psychische Erkrankungen und insbesondere die Schizophrenie biologisch bedingt waren, begründeten die PsychiaterInnen die Wichtigkeit der Psychopharmaka mit deren Wirkung auf die biologische Struktur der Erkrankten.²⁴² Forschung und Klinik sollten in symbiotischer Beziehung zueinander das Wissen über die Psychopharmaka erweitern und gleichzeitig dem Therapieanspruch der Klinik gerecht werden.²⁴³ Ein sowohl schwieriges als auch produktives Doppelmandat, wie sich im Verlauf der 1970er Jahre zeigen sollte. Im folgenden Kapitel 3 wird die klinische Forschung mit Psychopharmaka an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich in den 1970er Jahren genauer untersucht.

²⁴² Vgl. PUK, Zehnjahresbericht 1969-1979, 1979, S. 3.; Woggon/ Angst, Die Bedeutung der Depotneuroleptika für die Langzeitbehandlung schizophrener Patienten, 1977, S. 421.

²⁴³ PUK, Zehnjahresbericht 1969-1979, 1979, S. 2.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Dieses Kapitel widmet sich der klinischen Forschung in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich während den 1970er Jahren.²⁴⁴

Die Forschungsabteilung der Klinik führte in den 1970er Jahren Psychopharmaka-Prüfungen mit 18 Antidepressiva, 18 Neuroleptika und 8 Depotneuroleptika durch, in die fast 1000 PatientInnen involviert waren.²⁴⁵

Das Kapitel gliedert sich in drei Teile. Der erste Teil befasst sich mit der internationalen Entwicklung der Testmethoden in klinischen Arzneimittelprüfungen. Zweitens werden die Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK untersucht. Und der dritte Teil widmet sich den methodischen und praktischen Problemen von Psychopharmaka-Prüfungen.

Im Vordergrund der vorliegenden Untersuchung steht die Betrachtung der Psychopharmaka-Prüfungen als Schnittstelle zwischen wis-

²⁴⁴ Das Kapitel enthält stark überarbeitete und ergänzte Teile der unveröffentlichten Lizentiatsarbeit, die im September 2007 unter dem Titel „Wissen ums Nichtwissen. Psychopharmaka-Prüfungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich in den 1970er Jahren“ eingereicht wurde.

²⁴⁵ PUK, Zehnjahresbericht 1969-1979, 1979, S. 96. Für die Darstellung des psychiatrischen Kontextes dienen die Jahresberichte der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich im Zeitraum 1950 bis 1980, der „Zehnjahresbericht der Forschungsabteilung 1969-1979“ und der Bericht „Zwanzig Jahre Forschungsabteilung 1969-1989“.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

senschaftlicher Tätigkeit und praktischer, therapeutischer Versorgung in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Die Forschungsarbeiten der PsychiaterInnen machten nicht nur den experimentellen Charakter des Psychopharmakagebrauchs publik, sondern beinhalten auch die Diskussion von methodischen und praktischen Problemen bei der Forschung mit Psychopharmaka in der Klinik. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Frage nach den Schwierigkeiten, weil dieser Aspekt der Psychopharmaka-Prüfungen ein wesentlicher Bestandteil der Berichterstattung über die Medikamente ausmachte.

Die Schwierigkeiten der praktischen Anwendung von Psychopharmaka wurde auch von Roland Kuhn aufgrund seiner Beobachtungen in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen in Fachzeitschriftenartikeln angesprochen. Im Gegensatz zu den Publikationen aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich thematisierte Roland Kuhn keine methodischen Schwierigkeiten und neben den praktischen Herausforderung ist seine Publikationsliste vor allem von den vielversprechenden Erfahrungen mit Imipramin und Iminodibenzylderivaten geprägt.²⁴⁶ Gerade weil die Einführung und Prüfung von Psychopharmaka in psychiatrischen Kliniken nicht problemlos verlief, gilt es dieser Geschichte nachzugehen und die Reflexion der PsychiaterInnen der Forschungsabteilung über Methoden und praktische Umsetzung von Psychopharmaka-Prüfungen dafür als Anhaltspunkt zu nehmen.²⁴⁷

²⁴⁶ Vgl. Verzeichnis der wissenschaftlichen Publikationen im JB PKM 1964; Vgl. auch: Kuhn, Geschichte und Entwicklung der Psychiatrischen Klinik, 1990, S. 99ff.

²⁴⁷ Vgl. zu den Schwierigkeiten Kapitel 3.3.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Die Auseinandersetzung mit der Forschungsabteilung der PUK stützt sich auf Publikationen von PsychiaterInnen der Abteilung in den 1970er Jahren. Mit dem Quellenmaterial rekonstruiere ich ihre Sichtweisen auf die methodischen und praktischen Probleme der Prüfungen. Die Jahresberichte der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich beinhalten Listen der Artikel, welche die PsychiaterInnen der Klinik in Fachzeitschriften publizierten. Die Fachzeitschriftenartikel entstanden einerseits im Rahmen von Vorträgen, Kongressen und Workshops zu Psychopharmaka und basieren andererseits auf in der Klinik durchgeführten Studien. Der Direktor der Forschungsabteilung Prof. Dr. med. Jules Angst und drei seiner MitarbeiterInnen, der Oberarzt Dr. med. Christian Scharfetter (ab 1973 Assistenzprofessor), die Assistenzärztin Dr. med. Brigitte Woggon (ab 1973 Oberärztin) und der Oberassistent und Psychologe Dr. phil. Urs Baumann, sind die VerfasserInnen der Artikel. Sie arbeiteten auf der Forschungsabteilung in einer Doppelfunktion als PsychiaterInnen beziehungsweise als Psychologe und als PrüferInnen von Psychopharmaka.

Für die Auswahl der Artikel im Rahmen der vorliegenden Arbeit war entscheidend, ob darin psychopharmakologischen Substanzen im Hinblick auf Prüfungsmethodik und Probleme in der Praxis diskutiert wurden. Der Quellenkorpus umfasst rund zwanzig Artikel.²⁴⁸ Die AutorInnen der Artikel befassen sich mit Problemen der

²⁴⁸ Die ausgewählten Fachzeitschriftenartikel sind in deutscher Sprache verfasst und in deutschen oder schweizerischen Fachzeitschriften erschienen. Allgemein medizinische und spezifisch psychiatrische Zeitschriften halten sich dabei die Waage. Es handelt sich um folgende Zeitschriften: *Therapeutische Umschau*, *Praxis: Schweizerische Rundschau für Medizin*, *Der Nervenarzt* sowie *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. Diese Blätter sind

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Psychopharmaka-Prüfungen, mit der methodische Vorgehensweise bei der Prüfung und mit dem Stellenwert der Psychopharmaka in der Psychiatrie. Der Quellenkorpus enthält zudem eine Publikation einer Depotneuroleptikum-Studie, weil daran der Ablauf einer Prüfung von der PatientInnenauswahl bis zur Wirkungsbeurteilung der Substanz aufgezeigt werden kann und Depotneuroleptika einen Forschungsschwerpunkt der Abteilung darstellten. Schliesslich waren auch Doppelblindversuche Gegenstand von Zeitungs- und Lexikabeiträgen Ende der 1960er und Anfang der 1970er Jahren. Federführend war der Forschungsdirektor Jules Angst, der sich in seinen Artikeln klar gegen Placebo aussprach und auch die Literatur zu Doppelblindversuchen seiner Kollegen kritisierte.²⁴⁹

In den Fachzeitschriftenartikel finden sich Ausführungen zu Akteuren, die in die Prüfungen involviert waren. Die Trias PatientInnen, Pflegepersonal und PsychiaterInnen bildet den Grundriss, um die praktischen Probleme aus der Sicht der PrüferInnen bei der Umsetzung der Prüfungen aufzuzeigen. Die Position des Pflegepersonals und der PsychiaterInnen der Klinik sowie die Rolle der PatientInnen in den Versuchen, sind Aspekte der historischen Untersuchung. Die

stärker praxisorientiert als die Zeitschriften *Arzneimittel-Forschung* und *International Pharmacopsychiatry*, die vor allem Texte zu wissenschaftlichen Erkenntnissen und Versuchsergebnisse enthalten.

²⁴⁹ Die Systematisierung der Fachzeitschriftenartikel stützt sich auf die Verwendung eines Kodierschemas der qualitativen Inhaltsanalyse. Vgl. Mayring, *Qualitative Inhaltsanalyse*, 2003, S. 59-63. Die Frage nach den methodischen und praktischen Schwierigkeiten der Psychopharmaka-Prüfungen ist das Raster, mit dem ich die Fachzeitschriftenartikel auswerte. Auf der Grundlage von Zitaten und Paraphrasen von Textstellen, die sich auf die Schwierigkeiten beziehen, werte ich das Material aus. Vgl. Codierschema im Anhang Kapitel 11, S. 359f.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Stimmen der Patientinnen und das Pflegepersonal sind in den Fachzeitschriftenartikeln jedoch nur vermittelt zu vernehmen, da sie von den PsychiaterInnen verfasst wurden und sie aufschrieben, was sie beobachteten.²⁵⁰

Da die *Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP)* eine zentrale Rolle bei der Erarbeitung und Durchsetzung einer einheitlichen Dokumentation von Psychopharmaka-Prüfungen spielte, dienen zwei Handbücher der AMP aus den Jahren 1972 und 1979 zur Veranschaulichung des Dokumentationssystems. Dazu gehören auch die Vorstellungen und Gründe, die für ein Dokumentationssystem sprachen und von den PsychiaterInnen diskutiert wurden.

Gemäss der wissenschaftlichen Mitarbeiterin im Bereich Aktenerschließung des Staatsarchivs Zürich, sind zahlreiche Unterlagen zu den Medikamentenversuchen in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich kassiert worden. Auf meine Anfrage gab die Archivarin an, dass der Forschungsabteilungsleiter, Jules Angst, argumentierte, dass das Wichtigste in den Fachzeitschriften publiziert sei und sich die Archivierung der Dokumente daher erübrige. Aus der Sicht des Psychiaters mag dieser Sachverhalt zutreffen und er wird auch dadurch gestützt, dass Fachzeitschriften im Verlaufe der 1960er und 1970er Jahre immer wichtiger wurden. Aus einer geschichtswissenschaftlichen Perspektive stösst die historische Forschung mit den Zeitschriftenartikeln vorläufig an eine Grenze. Es ist anzunehmen, dass mehr Dokumente, die in

²⁵⁰ Vgl. zum Pflegepersonal auch Kapitel 4.3.2.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

der damaligen Forschungspraxis entstanden und nicht in bereinigter Form vorliegen, weil sie nicht publiziert wurden, einen Beitrag leisten könnten um die vielfältigen Entwicklungen im Zusammenhang mit der Einführung der Psychopharmaka in den Kliniken zu rekonstruieren. Es ist davon auszugehen, dass nach wie vor Material der beiden führenden PsychiaterInnen der Forschungsabteilung, Jules Angst und Brigitte Woggon, in Schränken der psychiatrischen Kliniken liegt. Diese Dokumente müssen der historischen Forschung unter Einhaltung der Schutzfristen zugänglich gemacht werden, damit es möglich ist, mehr über die Beziehungen von pharmazeutischer Industrie und Forschungsabteilung zu erfahren. Wie die Auseinandersetzung mit den Verwaltungsakten in Kapitel 2 gezeigt hat, ist die Beziehung zwischen Klinik und pharmazeutischer Industrie ein wesentlicher Bestandteil der Einführung und Erprobung von Psychopharmaka in den Kliniken und in seiner Komplexität ausschliesslich mittels Fachzeitschriftenartikeln nicht zu erfassen.

In einem Interview, das ich im Dezember 2008 mit Brigitte Woggon führte, äusserte sie, dass ihre Stelle zu Beginn ihrer Tätigkeit auf der Forschungsabteilung aus Drittmitteln, das heisst von einer pharmazeutischen Firma, finanziert war.²⁵¹ Das Interview ergänzt die Erkenntnis-

²⁵¹ Interview vom 15.12.2008 mit Brigitte Woggon, die zu diesem Zeitpunkt gerade als Psychiaterin der PUK pensioniert war. Das Interview fand in ihrer privaten Praxis in Zürich statt. Inhaltlich umfasst das Interview Fragen und Ausführungen zur Medikamentenauswahl, zum Umgang mit den PatientInnen, zur Veränderung von Woggons Tätigkeit, zu den ethischen Aspekten von Prüfungen, zur Methodik, zum Experimentellen der Behandlung, zur Zusammenarbeit mit der Pharmaindustrie, zu Dosierungsfragen und zu heutigen Problemen der Psychiatrie. Das Interview war zu Beginn der Forschungsarbeit als Informationsquelle geplant, wurde im Verlauf des Schreibprozesses wichtiger

se aus den Fachzeitschriftenartikeln und durchbricht sie gleichzeitig. Die deutende Rückschau einer Expertin und Zeitzeugin auf ihre eigenen Texte und auf die Forschungsabteilung ergeben für die vorliegende Arbeit eine zusätzliche Perspektive, mit der sich die Forschungsabteilung erfassen lässt.

3.1 Psychopharmaka entdecken und evaluieren

„How to Evaluate a New Drug“, fragten die Teilnehmenden an der *Cornell Conference on Therapy* im Jahr 1954. Der US-amerikanische Pharmakologe Harry Gold argumentierte, wie bereits in Kapitel 2.3.3.1 dargestellt, dass die Laboratorien gute Arbeit leisten würden mit dem *Screening* ihres Materials. Die schlüssige Antwort, ob eine Substanz als Arzneimittel taugen würde, käme hingegen von der klinischen Pharmakologie. Erst die Anwendung der Substanz beim Menschen, zeige die Nützlichkeit eines Medikamentes und gerade dort, beim Menschen, werde deutlich, dass der anfängliche Laborerfolg rasch abnimmt.²⁵² Gewichtiges Argument für die Doppelblindstudie im Gegensatz zur Einfachblindstudie oder dem offenen Versuch waren Ergebnisse, die im Vergleich einer Einfachblind- mit einer Doppelblindstudie entstanden.²⁵³ Während die Einfachblindstudie zum Ergebnis führte, dass die

und in Auszügen in die Arbeit übernommen. Die Tonbandaufnahme und das Transkript liegen bei der Autorin. Die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Zitate stammen aus dem Transkript und wurden sprachlich nicht angepasst. Vgl. auch Kapitel 4.2.1.1.

²⁵² Vgl. Conference on Therapy, How to Evaluate a New Drug, 1954, S. 722.

²⁵³ Ziel der Verblindung von Teilnehmenden und PrüferInnen ist die Vermeidung von Verfälschungen der Resultate durch Voreingenommenheit. Beim Doppelblindversuch weiss weder der Prüfende noch der Patient oder die Probandin,

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

erprobte Substanz eine positive Wirkung haben würde, zeigte die gleiche Substanz in der Doppelblindstudie keine positive Wirkung. Die Forscher um den Pharmakologen Harry Gold schrieben die positive Wirkung im Einfachblindversuch dem Placeboeffekt zu, der via dem (nicht verblindeten) Arzt zum Tragen käme. Erst mit der totalen Verblindung von allen Beteiligten würde der Placeboeffekt beseitigt oder neutralisiert und würde zeigen, dass die pharmakologische Wirkung der erprobten Substanz gleich Null sei.²⁵⁴

1948 wurden in England und den USA die ersten randomisierten klinischen Versuche durchgeführt. Es handelte sich dabei um Streptomycin, das bei Tuberkulose zur Anwendung kam.²⁵⁵ In den 1950er Jahren kamen zur Statistik auch neue Organisationstechniken wie spezialisierte Labors und Datensammlungen hinzu. Der Medizinhistoriker

was für ein Mittel verabreicht wird. Es ist möglich, eine Substanz gegen Placebo zu prüfen oder eine Substanz gegen eine andere bereits bekannte Substanz. Beim gekreuzten Doppelblindversuch bekommt eine Gruppe beispielsweise die Substanz A und dann die Substanz B, die auch ein Placebo sein kann. Die andere PatientInnengruppe erhält die gleichen Substanzen aber im Vergleich zur ersten Gruppe in umgekehrter Reihenfolge. Auch bei diesem Verfahren wissen weder die PatientInnen noch die Prüfenden welche Gruppe wann welche Substanz bekommt. Vgl. Scharfetter, Psychopharmakaprüfung in der Klinik: Methoden und Probleme, 1970, S. 773. Doppelblindstudien können auch als randomisierte kontrollierte Studien (*Randomised Controlled Trials*, RCT) angelegt sein, Hauptmerkmal des RCTs ist, dass in diesem Experiment die PrüferInnen die PatientInnen oder Teilnehmenden an der Studie per Zufallsauswahl Behandlungs- und Kontrollgruppen zuweisen. Die Ergebnisse der beiden Gruppen werden verglichen, wobei die Randomisierung der Strukturgleichheit zwischen den Gruppen, mit Ausnahme des verabreichten Mittels, dient. Vgl. Weinmann, Evidenzbasierte Psychiatrie, 2007, S. 160; Vgl. zur kritischen Auseinandersetzung mit Doppelblindversuchen: Kiene, Kritik der klinischen Doppelblindstudie, 1993.

²⁵⁴ Vgl. Kiene, Kritik der klinischen Doppelblindstudie, 1993, S. 9f.

²⁵⁵ Vgl. Valier/ Timmermann, Clinical Trials and the Reorganization of Medical Research in post-Second World War Britain, 2008, S. 493.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Harry Marks zeigt in seiner Studie, dass die Durchsetzung des RCT in den USA eng mit der Rolle der Regierung verbunden war, die mittels nationalen Gesundheitsinstituten die Durchführung einer solchen organisierten biomedizinischen Forschung förderte.²⁵⁶ In der Psychiatrie setzten sich die Methoden des kontrollierten Versuchs mit Psychopharmaka ebenfalls in den 1950er Jahren durch. Zeitgleich mit den Blindstudien in der Psychiatrie hatte sich auch die Anwendung von Placebo in klinischen Versuchen etabliert.²⁵⁷

Acht Jahre vor der erwähnten *Cornell Conference on Therapy* hatte im Jahr 1946 bereits eine gleichnamige Veranstaltung an der Cornell Universität in den USA stattgefunden. Die Konferenz widmete sich dem Thema Placebo und Placebophänomen.²⁵⁸ Bereits in den 1920er und 1930er Jahren wurde der Placebo-Effekt in der psychiatrisch-medizinischen Literatur unter anderem von Eugen Bleuler angesprochen.²⁵⁹ Breitere Beachtung fanden Placebo und Placebo-Effekt aber erst in den 1950er Jahren.²⁶⁰ Die *Cornell Conference on Therapy* wurde mit den Worten eröffnet, dass es höchste Zeit und von grösster

²⁵⁶ Vgl. Marks, *The Progress of Experiment*, 1997.

²⁵⁷ Shorter, *A Brief History of Placebo and Clinical Trials in der Psychiatry*, 2011, S. 193f. Shorter zieht eine Quelle aus dem Jahr 1893 heran, in der ein Mediziner an der Harvard Universität berichtete, dass PatientInnen sich nach der Einnahme von „blank tablets“ besser fühlten. Placebos sind Präparate ohne pharmakologische Wirkung und enthalten Stoffe wie Milchzucker oder Kochsalzlösung. Sie sehen aus wie Medikamente und können in Tabletten- oder Spritzenform verabreicht werden. Obwohl sie keine Pharmaka sind, können sie eine therapeutische Wirkung haben, die man sich aufgrund der psychogenen Komponente erklärt. Vgl. Angst, *Placebo*, 1968, S. 49; Ders., *Leerpräparate in Therapie und Forschung*, 1969, S. 2.

²⁵⁸ Vgl. Kiene, *Kritik der klinischen Doppelblindstudie*, 1993, S. 9.

²⁵⁹ Vgl. Diehn/ Hippius, *Placebo-Effekt*, 1973, S. 388f.

²⁶⁰ Bspw. Lasagna, et al., *A Study of the Placebo Responses*, 1954, S. 770-779.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Wichtigkeit sei, dass die Placeboforschung vorangetrieben würde, um in der wissenschaftlich-objektiven Therapie einen Schritt weiter zu kommen.²⁶¹

An der erwähnten Konferenz im Jahr 1946 war auch die Rede von der Doppelblindmethode, die im selben Jahr zu einer vielbeachteten Doppelblindstudie mit analgetischen Medikamenten führte.²⁶² Als im Jahr 1954 erneut die *Conference on Therapy* stattfand, war der Doppelblindmethode in der Arzneimittelprüfung der eigentliche Durchbruch gelungen.²⁶³ Ende der 1950er Jahren hatte sich international der Doppelblindversuch als so genannter *Gold Standard* der klinischen Forschung durchgesetzt.²⁶⁴

Während die einen WissenschaftlerInnen vom Gold Standard einer wesentlichen Verbesserung der Methodik bei Arzneimittelprüfungen durch Blind- beziehungsweise Doppelblindversuchen sprachen,²⁶⁵ zeigt die Auseinandersetzung mit der Literatur, die in den 1950er, 1960er und 1970er zur Doppelblindmethode entstand, dass sich die Forschenden in keiner Weise einig waren.²⁶⁶

²⁶¹ Vgl. Kiene, Kritik der klinischen Doppelblindstudie, 1993, S. 9.

²⁶² Vgl. Jellinek, Clinical Tests on Comparative Effectiveness of Analgetic Drugs, 1946, S. 87-91.

²⁶³ Dazu ausführlich zur Konferenz und mit dem Hinweis auf zahlreiche Studien und die beteiligten Forscher in den USA und Europa: Kiene, Kritik der klinischen Doppelblindstudie, 1993, S. 9.

²⁶⁴ Vgl. Kiene, Kritik der klinischen Doppelblindstudie, 1993, S. 13.

²⁶⁵ Vgl. Pocock, Clinical Trials, 1983; Levine/ Schiele/ Bouthilet, Principles and Problems in Establishing the Efficacy of Psychotropic Agents, 1971.

²⁶⁶ Vgl. expl. Lasagna, The Controlled Clinical Trial, 1955, S. 353-367; für die aufgelistete und referierte Literatur vgl. Kiene, Kritik der klinischen Doppelblindstudie, 1993, S.10-13; vgl. für historische Quellen zu klinischen Versuchen die Datenbank der James Lind Library, online im Internet.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Forschende wiesen beispielsweise 1954 daraufhin, dass Blindstudien den Wirkungsnachweis verwässern können. Mitte der 1950er Jahre wurde die Forderung nach Doppelblindstudien auch in den deutschen Sprachraum getragen und dort wusste man bereits von Untersuchungen zu berichten, die aufzeigten, dass Placebos ungefähr in 40 Prozent der Fälle wirkten und unter Doppelblindbedingungen eine Wirkung von 60 Prozent zeigten. Umgekehrt verringerte sich die Wirkungsrate des Arzneimittels unter Doppelblindbedingungen. Es kam der Begriff der Verschleierung auf. Demnach könnte der Effekt des Placebos stark genug sein, um die Wirkung des Arzneimittels zu überdecken. Bekannte Wirkungen von Arzneimitteln blieben in Doppelblindstudien aus, wofür ein Forscher den Ausdruck der „OBECALP-Reaktion“ (Placebo rückwärts gelesen) prägte.²⁶⁷

3.1.1 Der impressionistische Ansatz und seine Kritik

Der Psychiater David Healy publiziert seit den 1990er Jahren zur Entwicklung der Psychopharmakologie und zum Gebrauch von Psychopharmaka aus aktueller und historischer Perspektive. Er hat sich in diesem Feld etabliert und ist nicht nur im angelsächsischen Raum bekannt, der seinem Forschungsgebiet entspricht.²⁶⁸ Ein zentrales Thema seiner Forschung ist die Rolle der pharmazeutischen Industrie in der Entwicklung der Psychopharmakologie sowie in der Diagnostik und medikamentösen Behandlung in der Psychiatrie. In einem Interview,

²⁶⁷ Vgl. Kiene, Kritik der klinischen Doppelblindstudie, 1993, S. 14.

²⁶⁸ expl. Healy, Let Them Eat Prozac, 2004; Ders., The Creation of Psychopharmacology, 2002.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

das er 1997 mit seinem älteren Berufskollegen Linford Rees führte und in der Zeitschrift *History of Psychiatry* veröffentlichte, griff Healy das Forschungsvorgehen Roland Kuhns im Vergleich zu den kontrollierten Versuchen auf.²⁶⁹ Der Psychiater Roland Kuhn hatte bei seiner Arbeit in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen Mitte der 1950er Jahre die stimmungsaufhellende und antriebsfördernde Wirkung des Versuchspräparates G 22355 in offenen Versuchen ausschliesslich mit Hilfe seiner aufgeschriebenen Beobachtungen und seiner Chemiekennntnisse entdeckt. Gemäss Healy würde Kuhn sagen, dass die pharmazeutische Industrie sehr viel Geld für die kontrollierten Versuche ausgabe aber nichts Neues entdecke. Der so genannte „impressionistische Ansatz“²⁷⁰ entspreche dem Stil Kuhns, mit dem er sehr erfolgreich gewesen sei. Linford Rees stimmte dieser Argumentation von Healy zu und sprach davon, dass es ein Gefühl gebe, welche Substanz nützlich für Depressionen, Angst oder Schizophrenie sei. Jedoch seien seiner Meinung nach kontrollierte Versuche der einzige Weg dies zu beweisen.

Controlled trials only prove whether a compound is efficacious or not for a particular condition – they don't discover the compound. But even if new agents are discovered by other means they still have to be tested. There are many different varieties

²⁶⁹ Rees/ Healy, *Clinical Trials and Psychopharmacology*, 1997, S. 1-20. Linford Rees begann 1937/1938 in Grossbritannien in psychiatrischen Einrichtungen zu arbeiten und präsentierte an der ersten internationalen Konferenz zu Chlorpromazin im Jahr 1955 in Paris drei Studien, die er aufgrund von doppelblinden, kontrollierten und randomisierten Versuchen verfasste.

²⁷⁰ David Healy im Interview mit Linford Rees: Vgl. Rees/ Healy, *Clinical Trials and Psychopharmacology*, 1997, S. 11.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

of controlled trials but we cannot dispense with randomized double-blind trials.²⁷¹

Rees vertritt in seiner Antwort drei Punkte. Erstens distanzierte er sich vom Anspruch mit kontrollierten Versuchen neue psychopharmakologische Substanzen zu entdecken. Zweitens waren seiner Meinung nach kontrollierte Versuche zwingend, selbst dann, wenn die Wirkung einer Substanz durch ein anderes methodisches Vorgehen entdeckt wurde. Und drittens gibt es laut Rees zahlreiche Formen kontrollierter Versuche, darunter unverzichtbar der randomisierte Doppelblindversuch. Linford Rees beschreibt im Interview, dass vor allem zwischen den britischen WissenschaftlerInnen und jenen aus Frankreich erhebliche Differenzen in der Erprobung von Psychopharmaka bestanden hätten. Während erstere sich dem kontrollierten Ansatz verpflichtet gefühlt hätten, arbeiteten letztere gemäss dem „impressionistische Ansatz“ mit offenen Versuchen, aufgrund derer sie einen Eindruck über die Wirkungsweise der Substanz erhalten hätten.²⁷² Dies äusserte Rees Bezug auf die internationale Konferenz zu Chlorpromazin im Jahr 1955 in Paris. Rückblickend sagt Rees, dass 1955 nur wenige der Konferenzteilnehmenden realisierten, dass dies der Anfang der Psychopharmakologie gewesen sei.²⁷³

Die Äusserungen von Linford Rees sagen weniger etwas über die Entwicklung der Psychopharmakologie und über die unterschiedlichen methodischen und wissenschaftlichen Ausrichtungen in diesem For-

²⁷¹ Ebd.

²⁷² Ebd., S. 7.

²⁷³ Ebd., S. 8.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

schungsfeld aus, als vielmehr über die Art und Weise wie die Geschichte von Psychopharmaka und der Psychopharmakologie erzählt wird. Rees formuliert eine methodische Abgrenzung und macht daraus eine Landesgrenze. Entlang dieser Grenze verläuft auf der einen Seite, der englischen, die Verwissenschaftlichung, während in Frankreich (und auch in Münsterlingen), impressionistisch und nach dem Gefühl mit pharmakologischen Substanzen gearbeitet wurde. Neben der Grenzziehung und der Beschreibung einer Verwissenschaftlichung der Psychopharmakologie, macht Rees „[...] the beginning of the science of psychopharmacology“²⁷⁴ im Jahr 1955 fest. Rees ist nicht der einzige Vertreter dieser Sichtweise, sie lässt jedoch unberücksichtigt, dass die Psychopharmakologie Mitte des 19. Jahrhunderts zu verorten ist und als Resultat des steigenden Einflusses eines naturwissenschaftlichen Denkstiles in der Psychiatrie verstanden werden kann.²⁷⁵

3.1.2 „Die vornehmste Aufgabe des Experimentes“

Wie positionierten sich die PsychiaterInnen der Forschungsabteilung in Zürich gegenüber den Doppelblindversuchen? Jules Angst äusserte sich in Zeitungsartikeln und Handbüchern kritisch gegenüber der Vorherrschaft des Doppelblindversuch und nannte gegenüber der Anwendung von Placebo ethische Bedenken. Seiner Meinung nach wurde der Wert von Doppelblindversuchen im Vergleich zu anderen Versuchs-

²⁷⁴ Ebd.

²⁷⁵ Vgl. Weber, Die moderne Psychopharmakologie aus wissenschaftshistorischer Sicht, 2008, S. 12f.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

anordnungen überschätzt.²⁷⁶ Gemäss Jules Angst wurden in der Regel mit Doppelblindversuchen keine neuen Arzneimittelwirkungen gefunden. Folglich sei keines der modernen Psychopharmaka im Bereich der Psychiatrie in einem Blindversuch entdeckt worden.²⁷⁷ Damit stellte sich Angst gegen die beinahe zum Dogma gewordene Vorstellung über die Unentbehrlichkeit von Doppelblindversuchen.

Ein Prüfer von neuen Pharmaka, der sich nicht des Blindversuchs und, wenn nötig, der Anwendung von Placebos bedient, wird heute leicht als unwissenschaftlich angesehen.²⁷⁸

Angst war der Meinung, dass die Wirkung einer Substanz zuerst in einem offenen Versuch untersucht werden musste.

Der Arzt will gerne wissen, was er dem Kranken verschreibt, und fühlt sich in einer experimentellen Situation in eine künstliche Lage versetzt, so dass er den Patienten nicht mehr unbefangen behandeln kann. Es bedeutet für den Arzt ohne Zweifel eine Frustration, wenn er sich im Dunkel des Doppelblindversuchs zu bewegen hat.²⁷⁹

Trotz der Abneigung gegen Doppelblindversuche, führte Jules Angst und seine Kollegen ab 1971 solche Studien an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich durch. In einem Schreiben der ärztlichen Direktion und der Forschungsdirektion an die Abteilungen der Klinik hiess es:

²⁷⁶ Angst, Doppelblindversuch, 1973, S. 140.

²⁷⁷ Ders., Leerpräparate in Therapie und Forschung, 1969, S. 10.

²⁷⁸ Ebd.

²⁷⁹ Ebd.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Wir führen offene Blind- und Doppelblindversuche mit Patienten durch, bei denen die Indikation durch die Klinik zu einer psychopharmakologischen Behandlung gestellt worden ist.

Placeboversuche werden nicht durchgeführt. Vor der Einleitung eines psychopharmakologischen Versuches nimmt der Forschungsarzt Kontakt mit dem behandelnden Klinikarzt oder dem zuständigen Oberarzt auf.²⁸⁰

Die Aufgabe des offenen kontrollierten Versuchs sah Jules Angst in erster Linie darin „[...] quantitative Informationen über die Wirkungen und Nebenwirkungen zu liefern, um damit einen Vergleich mit Placebos oder bereits eingeführten Präparaten zu ermöglichen.“²⁸¹ Erst mit dem Wissen über Wirkungen und Nebenwirkungen eines zu prüfenden Präparates war ein Vergleich mit Placebos oder anderen Präparaten möglich. In diesem Vergleichen sah Angst die Möglichkeit effektive Medikamente von vermeintlich wirksamen Präparaten zu unterscheiden. „Die vornehmste Aufgabe des Experimentes ist es, vermeintlich wirksame Präparate zu eliminieren.“²⁸² Vor allem in Anbetracht der grossen Fülle von Substanzen, die zur Verfügung standen, war dieses Vorgehen eine wichtige Arbeit für die PsychiaterInnen, um den Überblick über die unwirksamen oder potentiell gefährlichen Präparate zu behalten.

²⁸⁰ StAZH, PUK, Nr. 115, Zusammenarbeit von Forschung und Klinik beim Erproben von Psychopharmaka und bei psychologischen Untersuchungen, verfasst von Klaus Ernst und Jules Angst, Mitte November 1971.

²⁸¹ Angst, *Leerpräparate in Therapie und Forschung*, 1969, S. 10.

²⁸² Ebd.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Gemäss Jules Angst hatte die Prüfung der qualitativen Wirkung einer Substanz Priorität. Seiner Meinung nach gab es immer mehr Substanzen, deren Nützlichkeit keineswegs erwiesen war oder potentiell gefährlich und gesundheitsschädigend sein konnten.²⁸³ Die Wirkung hing eng mit der Dosierung zusammen, deshalb wurde in den offenen Versuchen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich frei dosiert. Da die PrüferInnen wussten, welche Präparate die PatientInnen erhielten, konnten sie bei fehlender Wirkung die Dosis erhöhen. Dies hatte für die PrüferInnen den Vorteil, dass auch Schwerkranke in die Studien aufgenommen werden konnten. In einem Doppelblindversuch gegen Placebo wäre dies ethisch nicht vertretbar gewesen.

Also wir haben offene Studien gemacht mit Medikamenten ohne doppelblind, haben aber dadurch sehr schnell rausgefunden, dass die Dosierungen zu klein waren. Und wir konnten durch das manchmal auch schwerer Kranke in Studien aufnehmen, was sonst gar nicht gegangen wäre im Vergleich zu Placebo. Wir konnten doch nicht riskieren, dass einer aus dem Fenster springt, stellen Sie sich das vor.²⁸⁴

Was Brigitte Woggon im Gespräch sehr pointiert beschreibt, steht auch in einer Verbindung zur Überlegung, dass den PatientInnen auf keine Weise die Medikamente vorbehalten werden sollten. Diese Haltung der PsychiaterInnen zeigte sich sowohl ganz zu Beginn der Einführung der neuen psychopharmakologischen Substanzen in der Psychiatrie als auch in den 1970er Jahren als Psychopharmaka-Prüfungen

²⁸³ Ebd.

²⁸⁴ Woggon, Interview vom 15.12.2008.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

in der Klinik durchgeführt wurden. Der Psychiater Roland Kuhn in Münsterlingen sprach bereits 1954 davon, dass es nicht zu verantworten wäre, die neue Substanz Largactil nicht sogleich auszuprobieren.²⁸⁵ Auch Manfred Bleuler hatte, trotz erheblicher Skepsis gegenüber einem neuen Präparat, versucht, zwischen gefährlicher Wirkung und möglicher Besserung, die er den PatientInnen nicht verwehren wollte, abzuwägen.²⁸⁶

Zwischen 1970 und 1980 wurden 25 Studien zu Versuchen mit Psychopharmaka publiziert, wovon zehn Doppelblindversuche waren, in denen mehrheitlich zwei Präparate miteinander verglichen wurden. Auffallend dabei ist, dass in drei dieser zehn Versuche auch ein offener Versuch gemacht wurde, um dann die Resultate zwischen den beiden Untersuchungen zu prüfen. Ein Doppelblindversuch verglich nicht zwei Präparate, sondern zwei verschiedene Dosierungen der gleichen Substanz.²⁸⁷ Rückblickend und auch in Abgrenzung zur vorherrschenden Meinung, man müsse ausschliesslich doppelblinde Studien durchführen, sagt Brigitte Woggon:

Wir hatten also grosse Studien gemacht. Und wir haben eben im Unterschied zu den üblichen Psychopharmakaprüfungen, wie Sie es in der Literatur sehen, haben wir naturalistisch gearbeitet. Also wir haben die Patienten unter Umständen auch

²⁸⁵ StATG 9'10, 9.5/0, Brief vom 13.01.1954 von Roland Kuhn an das Sanitätsdepartement Frauenfeld.

²⁸⁶ Vgl. Meier/ Hürlimann/ Bernet, Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870-1970, 2002, S. 19.

²⁸⁷ Publikationslisten in den Jahresberichten der PUK 1970 bis 1980, jeweils je nach Umfang auf den Seiten zwischen 19 bis 33.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

blind behandelt aber nie gegen Placebo. Wir haben ein einziges Mal eine Studie gemacht mit einer Placebo-Nacht. Vorgeschaltet. Und wollten gucken ob sich da irgendwas zeigte. Aus methodischen Gründen, es ging also nicht um die Substanz damals.²⁸⁸

Mit der üblichen Literatur sprach Brigitte Woggon die randomisierten Doppelblindversuche gegen Placebo an, wie sie unter anderem von Linford Rees umgesetzt wurden. Die Prüfungen an der PUK waren nicht „impressionistisch“ im Sinne von Roland Kuhns Forschungsarbeiten zu unbekannten Substanzen, die er wenigen PatientInnen verabreichte und seine Beobachtungen schriftlich aufzeichnete, um daraus Schlüsse zu ziehen, die auf ein potentiell wirksames Medikament hinwiesen.²⁸⁹ Als „naturalistisch“ bezeichnete Brigitte Woggon die Vorgehensweise bei den Prüfungen der Forschungsabteilung. Damit meinte sie, die mehrheitlich offene Versuchsanordnung, in der es möglich war, frei zu dosieren. Sowohl beim „naturalistischen“ Arbeiten als auch bei den *Randomised Controlled Trials* ging und geht es in erster Linie darum, unwirksame Präparate zu eliminieren.²⁹⁰

²⁸⁸ Woggon, Interview vom 15.12.2008.

²⁸⁹ Vgl. zum impressionistischen Ansatz und zur Auseinandersetzung mit Kuhn: Rees/ Healy, *Clinical Trials and Psychopharmacology*, 1997, S. 11f.

²⁹⁰ Vgl. expl.: Angst/ Woggon, *Klinische Prüfung von fünf Depotneuroleptika*, 1975, S. 267-270.

3.2 Die PatientInnenauswahl und Wirkungsbeurteilung

Den Mitarbeitenden der Forschungsabteilung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich kam die Aufgabe zu, Psychopharmaka in der Klinik zu prüfen und eine Methodik für die Durchführung dieser Studien zu entwickeln. Dafür wurde eine Arbeitsgruppe für Psychopharmakologie gegründet.²⁹¹ Ziel der Arbeitsgruppe war die Erforschung wirksamerer Medikamente. Die Kenntnisse über die Psychopharmaka und ihre Wirkung sollten es zudem den PsychiaterInnen ermöglichen, den Therapieerfolg der medikamentösen Behandlung abschätzen zu können.²⁹²

Für die PatientInnenauswahl verwendeten die PrüferInnen das Handbuch *International Classification of Disease (ICD)* der *Weltgesundheitsorganisation (WHO)*, das als Hilfestellung für die Klassifikation psychischer Krankheiten dient. Das Diagnosehandbuch war in Wechselwirkung mit dem amerikanischen *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* entstanden und wird bis heute vor allem im europäischen Raum verwendet. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde als Reaktion auf zahlreicher Soldaten mit psychischen Störungen eine umfassende psychiatrische Klassifikation entwickelt, welche die *Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA)* 1952 erarbeitete. Dabei war die Vereinigung bemüht, die Codierung an das ICD

²⁹¹ PUK, Zehnjahresbericht 1969-1979, 1979, S. 3-5.

²⁹² Ebd., S. 68.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

der WHO anzugleichen.²⁹³ Die Aufgabe der WHO für die regelmäßige Überarbeitung wurde durch die Psychiatrische Universitätsklinik unterstützt, indem sich PsychiaterInnen an der Ausarbeitung eines lexikalischen Handbuchs beteiligten. 1974 kam das ICD erstmals in der Psychiatrische Universitätsklinik Zürich zur Anwendung.²⁹⁴

Für die Beurteilung der medikamentösen Wirkung orientierten sich die PsychiaterInnen am Dokumentationssystem der *Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie*. Die Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie war eine schweizerisch-deutsche Kooperation, die 1965 mit der Motivation einheitliche psychiatrische Untersuchungsmethoden zu entwickeln, zusammenfand. Seit Mitte der 1960er Jahre arbeitete der Abteilungsdirektor Jules Angst in Kooperation mit anderen PsychiaterInnen aus der Schweiz und Deutschland ein Dokumentationssystem für die Erfassung von psychischen und körperlichen Befunden sowie der Krankengeschichte der PatientInnen aus. Für die Entwicklung des AMP-Systems war die Psychopathologie, wie sie der ehemalige und einflussreiche Klinikdirektor Eugen Bleuler betrieb, richtungweisend. Die Arbeitsgemeinschaft AMP zog in den 1960er Jahren für die Zusammenstellung des AMP-Merkmalkatalogs die grossen Standardwerke zu den schizophrenen Erkrankungen von Eugen Bleuler und anderen heran.²⁹⁵

²⁹³ Vgl. Sass et al., Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV, 1996, S. IX.

²⁹⁴ PUK, Zehnjahresbericht 1969-1979, 1979, S. 10; JB PUK, 1974, S. 5.

²⁹⁵ AMP, Das AMP-System, 1972, S. 5.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Ende der 1960er Jahre gab die Gemeinschaft ein Dokumentations-system und ein entsprechendes Manual für dessen Anwendung heraus. Das System trug den Namen der Arbeitsgemeinschaft, kurz AMP-System, und diente zur Dokumentation der Krankengeschichte, dem psychischen und körperlichen Zustand sowie der medikamentösen Behandlung.²⁹⁶ Mit dem System erhofften sich die PsychiaterInnen den internationalen Wissensaustausch zu erleichtern, da mit der Dokumentation standardisierte und rasch verwertbare Datensätze über eine grosse Anzahl PatientInnen entstanden.²⁹⁷

Vor allem für die Psychopharmaka-Prüfungen erwies sich das AMP-System als nützliches Instrument.²⁹⁸ Die PsychiaterInnen dokumentierten damit den Krankheitsverlauf und konnten die Daten mit Klinik internen und internationalen Studien vergleichen.²⁹⁹

3.2.1 Das Dokumentationssystem AMP

Das AMP-System bestand aus sechs Belegblättern: 1 und 2 für die allgemeine und die Krankheitsanamnese, 3 und 4 für den psychischen beziehungsweise somatischen Befund, 5 für die Medikation und 6 für die Gesamtbeurteilung der Therapie.³⁰⁰ Die Belegblätter 3 und 4 ent-

²⁹⁶ AMP, Das AMP-System, 1972.

²⁹⁷ Angst et al., Das Dokumentations-System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP), 1969, S. 400.

²⁹⁸ Baumann, Diagnostische Differenzierungsfähigkeit von Psychopathologie-Skalen, 1974, S. 90.

²⁹⁹ Angst et al., Das Dokumentations-System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP), 1969, S. 399f.; Scharfetter, AMP System. Report on a System of Psychiatric Documentation, 1974, S. 64f.

³⁰⁰ Vgl. die Belegblätter im Anhang Kapitel 11, S. 366-372.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

hielten eine Liste psychischer und somatischer Symptome, deren Vorhandensein und Ausprägung die PsychiaterInnen über die Dauer einer Prüfung dokumentierten.

Bis Ende der 1970er Jahre umfasste der psychische und somatische Befund des AMP-Systems 123 beziehungsweise 58 Symptome. 1979 kam es zur Revision, in der ungefähr 20 psychische und somatische Symptome gestrichen wurden, die nur geringe Aussagekraft hatten.³⁰¹ Die Erhebung der Befunde an festgelegten Stichtagen machte es am Ende einer Studie möglich, den Verlauf der Krankheit zu sehen und die Wirkung der geprüften Psychopharmaka zu interpretieren.

Der auf der Forschungsabteilung tätige Psychologe Urs Baumann bezeichnete das AMP-System als geeignetes Arbeitsinstrument für die Psychopharmaka-Prüfungen.

Das AMP-System dient der Dokumentation von psychiatrischer Anamnese, von psychischem und somatischem Befund; dabei werden die Daten mit Markierleser-Belegen erhoben und können so durch den Computer ausgewertet werden. Das AMP-System hat sich u.a. als besonders geeignet für Verlaufsuntersuchungen im Rahmen von Psychopharmakaprüfungen erwiesen [...].³⁰²

Die Erwähnung des Computers zur Auswertung der Daten weist auf den zunehmenden Einfluss von mathematischen und statistischen Methoden in der Psychiatrie, besonders in der Psychopharmakologie

³⁰¹ AMDP, Das AMDP-System, 1979, S. 3.

³⁰² Baumann, Diagnostische Differenzierungsfähigkeit von Psychopathologie-Skalen, 1974, S. 90.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

hin. Die Psychopharmakologie hatte zur Entwicklung mathematisch-statistischer Methoden beigetragen und die Bemühungen um standardisierte Datensammlungen und Dokumentationen gefördert.³⁰³ Das AMP-System zur Dokumentation psychischer und somatischer Befunde entstand in Wechselwirkung zwischen Methodik und Psychopharmakologie. Mit dem AMP-System war ein Arbeitsablauf verbunden, der von der Arbeit der PrüferInnen bis zur Verwaltung der computerisierten Daten reichte.

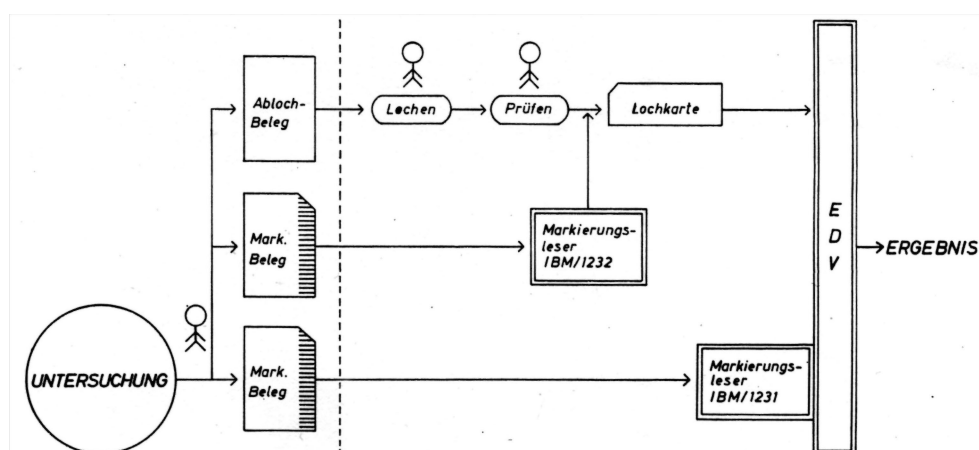


Abbildung 3: AMP-System, Dokumentation und Datenverarbeitung.

Abbildung 3 zeigt die verschiedenen Stationen, die in der Psychiatrie durch die Arbeit mit dem AMP-System entstanden. Die Arbeit mit dem Dokumentations-System bewirkte einen erheblichen Aufwand an Personal und Geräten. Der Abteilungsleiter Jules Angst war Vorgesetzter von anfangs acht ÄrztInnen und Psychologen. 1972 entstanden

³⁰³ Angst et al., Das Dokumentations-System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP), 1969, S. 399f.; Scharfetter, AMP System. Report on a System of Psychiatric Documentation, 1974, S. 64.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Arbeitsplätze für einen technischen Beamten und drei Programmierer, die für den immer wichtiger werdenden technischen Aspekt der Forschung Aufgaben übernahmen.³⁰⁴ Im Verlaufe der 1970er Jahre nahm der Personalbestand markant zu und 1980 waren bereits 19 ÄrztInnen und PsychologInnen neben zwei Mathematikern, zwei SoziologInnen, einem Ingenieur und zwei EDV-Angestellten, zwei Laborantinnen und zehn Sekretärinnen auf der Forschungsabteilung tätig.³⁰⁵

Mit der Dokumentation der Krankengeschichte und deren Verlauf entstand in kurzer Zeit eine grosse Datensammlung, welche die entsprechende Hard- und Software für das Speichern und Verwalten der Erhebungen nötig machte. Die elektronische Datenverarbeitung hatte 1972 so stark zugenommen, dass eine direkte Verbindung zum Rechenzentrum der Universität mit mehr Kapazität nötig war.³⁰⁶

Die Methodik für die Durchführung von Prüfungen hatte nach Meinung der PsychiaterInnen im Vergleich zu früher erhebliche Fortschritte gemacht. Brigitte Woggon und Jules Angst stellten fest, dass die „ursprüngliche[n] Naivität der Prüfungsmethodik“ einer „vielschichtigen Komplexität gewichen“ war.³⁰⁷

³⁰⁴ JB PUK 1972, S. 2.

³⁰⁵ JB PUK 1970, S. 2; JB PUK 1980, S. 5f.

³⁰⁶ JB PUK 1972, S. 17.

³⁰⁷ Woggon/ Angst, Grundlagen und Richtlinien für erste klinische Psychopharmaka-Prüfungen (Phase I, II) aus der Sicht des klinischen Prüfers, 1978, S. 1257.

3.2.2 Beispiel: Die Penfluridol-Studie im Jahr 1974/75

Die Oberärztin der Forschungsabteilung, Brigitte Woggon, publizierte 1978 die Ergebnisse der Penfluridol-Studie aus dem Jahr 1974/75 in der Zeitschrift *International Pharmacopsychiatry*.³⁰⁸ Das Interesse bei der Penfluridol-Studie im Jahre 1974/75 an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich lag auf der Langzeitwirkung des Medikaments. Die PrüferInnen legten die Behandlungsdauer für die Penfluridol-Studie auf ein Jahr an. Diese Zeitspanne war erheblich länger als bei anderen Psychopharmaka-Prüfungen, die in der Regel circa 30 Tage dauerten.³⁰⁹ Dieser Studie waren bereits dreimonatige Untersuchungen mit Penfluridol vorausgegangen. Mit der einjährigen Untersuchung wollten die PrüferInnen mehr über die Möglichkeit herausfinden, Penfluridol für die Dauerbehandlung Schizophrener einzusetzen. Penfluridol war das erste oral applizierbare Depotneuroleptikum und lag in Tabletten zu 20 Milligramm vor. Die Dosierung musste im Verlauf einer Behandlung an die einzelnen PatientInnen angepasst werden, da die Reaktion auf das Medikament sehr individuell war.³¹⁰ Die Penfluridol-

³⁰⁸ Woggon, Penfluridol: Ergebnisse einer einjährigen klinischen Prüfung, 1978, S. 1-15. Die Arbeit von Brigitte Woggon und ihren MitarbeiterInnen aus den Jahren 1974 und 1975 dient als ein mit andern Publikationen vergleichbares Beispiel, da die Psychopharmaka-Prüfungen das gleiche methodische Vorgehen aufweisen. Es bestanden keine weiteren Angaben zu den Lebensumständen der PatientInnen. In der Studie verwendeten die PsychiaterInnen ausschliesslich die männliche Bezeichnung für die Personen, die an der Prüfung teilnahmen. Da in anderen Studien die Psychopharmaka sowohl an Frauen wie Männer abgegeben wurden, verwende ich wie in der gesamten vorliegenden Studie die neutrale Form mit Gross-I.

³⁰⁹ PUK, Zehnjahresbericht 1969-1979, 1979, S. 98-103.

³¹⁰ Woggon, Penfluridol: Ergebnisse einer einjährigen klinischen Prüfung, 1978, S. 2, 5.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Studie entspricht daher einer Forschungsarbeit mit einem naturalistischem Ansatz und stellt keine kontrollierte Studie mit Versuchs- und Kontrollgruppe dar.³¹¹

Die PsychiaterInnen bezeichneten die Anwendung von Depotneuroleptika im Gegensatz zu den Neuroleptika als leichter, komfortabler und weniger schädlich für die PatientInnen.³¹² Damit verbunden war die Hoffnung, dass die Medikamente auch bald in die Hände der AllgemeinpraktikerInnen übergeben werden konnten.³¹³ Die PrüferInnen der Forschungsabteilung setzten das Schwergewicht ihrer Tätigkeit auf die Depotneuroleptika.³¹⁴ Gerade weil die Forschung mit Depotneuroleptika auf der Forschungsabteilung wichtig war, dient dieses Beispiel zur Veranschaulichung des Prüfungsablaufs, womit vor allem die PatientInnenauswahl aufgrund von Diagnosen und die Wirkungsbeurteilung mittels Symptomveränderungen gemeint sind. Im Gegensatz zu den Fachzeitschriftenartikeln, in denen die PsychiaterInnen über methodische und praktische Probleme diskutierten, fehlt eine solche Reflexion in der Publikation der Penfluridol-Studie, es wurde jedoch

³¹¹ Nachdem in einer 1971 durchgeführten, offenen Prüfung mit Penfluridol an zwanzig PatientInnen die gute antipsychotische Wirksamkeit von Brigitte Woggon und ihren MitarbeiterInnen festgestellt wurde, wollten die Forschenden in einer langfristig angelegten Studie die Wirkung überprüfen. Vgl. Woggon, Penfluridol: Ergebnisse einer einjährigen klinischen Prüfung, 1978, S. 2.

³¹² Woggon/ Angst/ Margoses, Gegenwärtiger Stand der neuroleptischen Langzeitbehandlung der Schizophrenie, 1975, S. 613.

³¹³ Ebd., S. 611.

³¹⁴ JB PUK 1971, S. 18.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

auf die allgemeine Problematik von Versuchsplänen mit einem Verweis auf zwei weitere Artikel hingewiesen.³¹⁵

Als erstes erfolgten im Fachzeitschriftenartikel Überlegungen zur Substanz, Behandlungsdauer und Dosierung. Im Weiteren gaben die PrüferInnen die Auswahl der PatientInnen wieder, beurteilten die Wirkung und Nebenwirkung des Medikaments und zogen schliesslich eine Bilanz des Versuchs. Für den Versuch bestimmten die PrüferInnen 51 PatientInnen, die bereits ein Depotneuroleptikum zu sich nahmen. Die PatientInnenauswahl erfolgte aufgrund der Diagnose „Schizophrenie“, welche die ICD-Codenummer 295 trägt.

ICD-Nr.	Diagnose	Patientenzahl
295.0	Schizophrenia simplex	1
295.1	hebephrene Schizophrenie	6
295.2	katatone Schizophrenie	2
295.3	paranoide Schizophrenie	33
295.5	latente Schizophrenie	1
295.6	schizophrener Rest- und Defektzustand	2
295.7	schizo-affektive Psychosen	6
		51

Abbildung 4: Diagnosetabelle und ICD-Nummern.

³¹⁵ Woggon, Penfluridol: Ergebnisse einer einjährigen klinischen Prüfung, 1978, S. 3. Weil die Studie in der Publikation als problemlos dargestellt wird, eignet sie sich für die idealtypische Beschreibung einer Psychopharmaka-Prüfung, wobei zu beachten ist, dass im Gegensatz zu den Auseinandersetzungen mit den methodischen und praktischen Schwierigkeiten oder den institutionellen Herausforderungen der Forschungsabteilung die Beschäftigung mit der Studie aus einer historischen Perspektive letztlich deskriptiv bleibt. Zu berücksichtigen ist, dass die Probleme der Prüfung zwar nicht reflektiert, zumindest aber beim Thema der vorzeitigen Behandlungsabbrüche die Schwierigkeiten in ihrer Tragweite sichtbar wurden.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Der Diagnose-Tabelle (vgl. Abbildung 4) ist zu entnehmen, dass die PsychiaterInnen bei den PatientInnen verschiedene Formen der Schizophrenie feststellten. Zahlenmässig überwogen die paranoiden Schizophrenien. Auf der Grundlage des Handbuches konnten die PrüferInnen Patientengruppen zusammenstellen, welche die gleichen Symptome aufwiesen. Damit war die Voraussetzung eine „homogene und gut definierte Patientengruppen“ für die Prüfung zu haben, erfüllt.³¹⁶

Die PsychiaterInnen interessierten die Wirkungen und die Nebenwirkungen von Penfluridol. An den acht festgelegten Stichtagen 0, 14, 28, 56, 90, 180, 270 und 365 dokumentierten die PrüferInnen den Zustand der PatientInnen anhand von festgelegten Krankheitssymptomen und -syndromen und hielten Veränderungen fest. Für die Bestimmung von Merkmalen, an denen die Wirkung der geprüften Psychopharmaka gemessen wurde, verwendeten die PsychiaterInnen das System der *Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie*. Die Abbildung 5 veranschaulicht die Auswertung der Symptome im Rahmen der Prüfung.

An den Kontrolltagen erfassten die PrüferInnen die 123 psychischen und 58 somatischen Symptome. Die absolute Häufigkeit, der Ausprägungskoeffizient und die Veränderung wurden berechnet und zur Auswertung der Symptomrückbildungen in einer Tabelle zusammengefasst.³¹⁷ Aufgrund der Daten über signifikant verminderte oder vermehrte Symptome beurteilten die PrüferInnen die Wirkung von

³¹⁶ PUK, Zwanzig Jahre Forschungsabteilung 1969-1989, 1989, S. 6.

³¹⁷ Woggon, Penfluridol: Ergebnisse einer einjährigen klinischen Prüfung, 1978, S. 5.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

p <	Symptome
0,001	gefühlsverarmt/affektarm ängstlich Erschwerung der Beschäftigung
0,01	Konzentrationsstörungen Wahnstimmung Beziehungswahn Verfolgungswahn Störungen der Ich-Identität innere Unruhe affektstarr
0,05	Gedächtnisstörungen gehemmes Denken vages und paralogisches Denken Wahnwahrnehmungen Wahngedanken Wahndynamik Stimmenhören Autismus sonstige Fremdbeeinflussungserlebnisse Ratlosigkeit Störung der Vitalgefühle Misstrauen Antriebsarmut Negativismus Maniertheit Kontaktverminderung Krankheitsgefühl Mangel an Krankheitsgefühl Mangel an Krankheitseinsicht Ablehnung der Behandlung Aggressionstendenzen Müdigkeit

Abbildung 5: AMP-Symptome und Signifikante Symptomrückbildungen.

Penfluridol. Die Auswertung erfolgte zudem auf syndromaler Ebene, auf der die Symptome zusammengefasst waren.

Die Veränderung der Symptomatik war die Grundlage für die Beurteilung der Wirkung, der Nebenwirkungen und schliesslich der Verträglichkeit des Medikaments.³¹⁸ Aufgrund der beobachteten Symptomatik schrieben die PrüferInnen Penfluridol eine „gute antipsychoti-

³¹⁸ Ebd., S. 2.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

sche Wirkung“ zu. Grund dafür war, dass die Symptome „Denkstörungen“, „Wahnsymptome“ und „Autismus“ bei den PatientInnen abnahmen.³¹⁹

Da die Nebenwirkungen gering waren, beurteilten die PsychiaterInnen Penfluridol als „gut geeignet für die Langzeitbehandlung“ chronisch schizophrener PatientInnen.³²⁰ In 17 Fällen kam es zum vorzeitigen Abbruch der Behandlung. Einmal wegen starken Nebenwirkungen, bei zwei Personen wegen ungenügender Wirkung von Penfluridol. Ein Patient verstarb während der einjährigen Studie. Die restliche Anzahl der Abbrüche war durch die unregelmässige Einnahme oder die Verweigerung der Medikation durch die PatientInnen bedingt.³²¹

Die Globalbeurteilung der Behandlung nach einem Jahr belegte, dass 3 Patienten nach Einschätzung der PsychiaterInnen „symptomfrei“ waren und 17 eine „deutliche Besserung“ zeigten. Dies bedeutete, dass die PrüferInnen bei 20 von 51 PatientInnen einen „guten Behandlungserfolg“ beobachteten. 16 der 51 PatientInnen waren schliesslich „voll arbeitsfähig“ und 28 „beschränkt arbeitsfähig“. 17 PatientInnen konnten während der Studie die Klinik verlassen und am Ende der Behandlung waren 7 weitere „entlassungsfähig“. Die PrüferInnen bezeichneten diese Ergebnisse als „Behandlungserfolg“.³²²

³¹⁹ Ebd., S. 13.

³²⁰ Ebd., S. 12-14.

³²¹ Ebd., S. 3f., 13.

³²² Ebd., S. 5, 13.

3.3 Schwierigkeiten der Psychopharmaka-Prüfungen

Trotz des Behandlungserfolges wies die Interpretation der Penfluridol-Studie auch Widersprüche auf. Sie sind als Hinweise darauf zu lesen, dass die Haltung der PsychiaterInnen gegenüber den Psychopharmaka-Prüfungen ambivalent war. Brigitte Woggon verwies in der Studie auf methodische Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Prüfung.³²³ In der Publikation erwähnte die Autorin zudem den Abbruch der Behandlung mit Penfluridol in 17 Fällen. Im Folgenden werden die methodischen Schwierigkeiten untersucht, die in Verbindung mit dem AMP-System und dem ICD-Handbuch bestanden und die Probleme die aus dem Klinikalltag entstanden. Dabei geht es nicht mehr in erster Linie um die erwähnte Studie, sondern um die allgemeine Einschätzung der PsychiaterInnen. Die Probleme im Klinikalltag entstanden aus ihrer Sicht durch die skeptische Haltung der PatientInnen, des Pflegepersonals und eines Teils der ÄrztInnen gegenüber den Psychopharmaka-Prüfungen. Eine Auseinandersetzung mit den Publikationen der PsychiaterInnen der Forschungsabteilung zu den Psychopharmaka macht zudem deutlich, dass die Skepsis des Personals nicht nur gegenüber den Prüfungen, sondern generell gegenüber den Psychopharmaka als psychiatrische Behandlungsmethode bestand.

Seit den 1950er Jahren nahmen klinische Tests sowie die rigorose Beobachtung und Kontrolle therapeutischer Entwicklungen zu und

³²³ Ebd., S. 3.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

mathematische Statistik wurde zum akzeptierten Regulator medizinischer Forschung.³²⁴ In der Psychiatrie lässt sich hingegen auch eine kritische Haltung gegenüber dieser Entwicklung feststellen. Die Unterordnung der individuellen Bedürfnisse der PatientInnen unter die Anforderungen der Prüfung stand im Gegensatz zur Haltung der PsychiaterInnen, dass der „klinische Gesichtspunkt absolute Priorität“ hatte bei der Durchführung der Prüfungen.³²⁵ Die historische Forschung über die Arzneimittelerprobung stellt fest, dass in der Regel den ersten Versuchen eine besondere Bedeutung zukam und dass diese meist als Erfolgsfälle geschildert wurden.³²⁶ Die Aufzeichnungen dazu stellten für die KlinikerInnen die ersten Informationen über die Substanz dar. Gleichzeitig mussten sie eigene Erfahrungen mit der Anwendung der Substanz bei den PatientInnen machen, um mehr darüber zu erfahren. Diese Unterscheidung zwischen Laborwissenschaft und der klinischen Wissenschaft spielte bei den Psychopharmakaversuchen eine erhebliche Rolle.³²⁷ Die PrüferInnen mussten auf der Basis der vorhandenen Informationen über eine zu erprobende Substanz das methodische Vorgehen festlegen, die PatientInnenauswahl treffen und das Personal vom Sinn der Prüfung überzeugen. Gerade in diesen drei Aspekten der Psychopharmaka-Prüfungen zeigen sich die Schwierigkeiten eine Substanz in der Klinik zu testen.

³²⁴ Vgl. Magnello/ Hardy, Introduction, 2002, S. ix-x.

³²⁵ Woggon et al., Klinische Prüfungen: Methodik versus Praxis – Versuch eines Kompromisses, 1976, S. 1025.

³²⁶ Vgl. Hippus/ Healy, The Founding of the CINP and the Discovery of Clozapine, 1996, S. 194.

³²⁷ Vgl. Balz, 1953 – Megaphen wird zur Wirkung gebracht, S. 177.

3.3.1 Methodische Schwierigkeiten

In einem Grundlagenpapier, das Richtlinien für die Durchführung von Psychopharmaka-Prüfungen festhielt, beschrieben die Oberärztin Brigitte Woggon und der Forschungsabteilungsleiter Jules Angst die PatientInnenauswahl in der Praxis.³²⁸ Sie wiesen darauf hin, dass die Auswahl ohne den Bezug zu den PatientInnen nicht möglich war. Vor allem schwerkranke Menschen konnten nicht allein aufgrund der Diagnose im Rahmen einer Prüfung behandelt werden. Der Patient oder die Patientin sollte nicht zum Objekt der Prüfung werden und der Unsicherheit bezüglich der Wirksamkeit der geprüften Substanz ausgeliefert sein. Diese Möglichkeit bestand bei der Auswahl und Durchführung der Prüfungen und bereitete den PsychiaterInnen Unbehagen.³²⁹

Rein gefühlsmässig befindet man sich bei der Auswahl eines bestimmten Patienten für eine Prüfung häufig in einem Konflikt. Aus methodischen Gründen sollte jeder Patient der den Auswahlkriterien entspricht, in die Prüfung einbezogen werden. In der Praxis fällt uns dieses Vorgehen „Ansehen der Person“ gerade bei schwerkranken Patienten oft schwer. Dabei existiert neben der Unsicherheit über die Wirksamkeit gelegentlich auch ein selten eingestandenes Unbehagen darüber, dass der Patient in einer Prüfung nicht mehr nur als Individuum gesondert betrachtet wird, sondern anonymes Glied einer Gruppe ist.³³⁰

³²⁸ Woggon/ Angst, Grundlagen und Richtlinien für erste klinische Psychopharmaka-Prüfungen (Phase I, II) aus der Sicht des klinischen Prüfers, 1978, S. 1257.

³²⁹ Ebd.

³³⁰ Ebd.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Das Unbehagen der PsychiaterInnen, dass PatientInnen im Rahmen von Psychopharmaka-Prüfungen zu SymptomträgerInnen abgewertet wurden, ist vor dem Hintergrund einer andauernden Auseinandersetzung mit der Anerkennung und der Selbstbestimmung der PatientInnen zu sehen.

Die Psychiatriehistorikerin Viola Balz belegt, dass in Deutschland die Auseinandersetzung mit dem Selbstbestimmungsrecht in den 1950er Jahren einen Höhepunkt erreichte und die Problematisierung des klinischen Arzneimittelversuchs auch in den 1970er Jahren ein Thema in psychiatrischen Fachzeitschriften war.³³¹ Gleichzeitig waren die PatientInnen die einzigen zuverlässigen Zeugen im klinisch-experimentellen Erproben der Substanzen.³³² Daran änderte auch das standardisierte Aufzeichnungssystem nichts, da die PsychiaterInnen darin zwar festgelegte Merkmale bestimmen konnten, letztlich aber auch auf die Mitteilungen der PatientInnen angewiesen blieben. Die PatientInnen waren in den Versuchen sowohl untersuchtes Objekt als auch handelndes Subjekt.³³³ Der Versuch, dem Menschen in der Psychiatrie sowohl als Subjekt wie auch als Objekt gerecht zu werden, lässt sich in der klinischen Forschung der Forschungsabteilung nachweisen. Es handelte sich dabei um ein Bemühen, das auf die Ausrichtung der

³³¹ Balz, 1953 – Megaphen wird zur Wirkung gebracht, 2009, S. 175.

³³² Vgl. Pignarre, Psychotrope Kräfte, 2006, S. 62, 95. Dies gilt jedoch nicht nur für die Erprobung von Psychopharmaka, sondern kennzeichnet jede psychiatrische Behandlung. Vgl. in diesem Zusammenhang auch die Überlegung, dass sich jede Person aus erster Hand erfährt und damit ein nicht objektivierbarer Erfahrungsbereich besteht. Siehe Kapitel 7.2.1 der vorliegenden Arbeit.

³³³ Vgl. Balz, 1953 – Megaphen wird zur Wirkung gebracht, 2009, S. 177; Condrau, The Patient's View Meets the Clinical Gaze, 2007, S. 532.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Klinik seit Mitte der 1940er Jahre hinweist. Gegen die polarisierende Tendenz psychiatrische Krankheiten entweder als rein körperlich oder rein soziale Störungen zu bezeichnen und zu behandeln, versuchte die Klinik patientenbezogen körperliche und psychische Faktoren zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund entstanden in den 1970er Jahren Studien, die „Objektivität“ und „Einfühlung“ zu verbinden suchten.³³⁴

Festhalten lässt sich auch, dass der Heilungsanspruch, den die Psychiatrie zu erfüllen hatte, gefährdet sein konnte, wenn die Forschungsinteressen der PrüferInnen und die therapeutische Behandlung der PatientInnen in einem Konkurrenzverhältnis standen.

Die Überlegungen von Brigitte Woggon und Jules Angst zeigen, dass das Bewusstsein für die Problematik der Diagnose in der Psychiatrie und bei der Durchführung von Psychopharmaka-Prüfungen vorhanden war. Der vorsichtige Umgang bei der Bezeichnung psychischer Phänomene und die PatientInnenauswahl mit „Ansehen der Person“ waren deshalb wichtige Voraussetzungen für die sorgfältige Umsetzung klinischer Forschungen, die sowohl den PatientInnen als auch den wissenschaftlichen Anforderungen entsprechen mussten.³³⁵

³³⁴ Vgl. dazu Hell/ Mösl, Psychiatrische Universitätsklinik, 2000, S. 186; Mit Verweis auf Manfred Bleulers Standardwerk „Die schizophrenen Geistesstörungen“ (1972) und dem Anspruch „Beim Kranken bleiben“.

³³⁵ Woggon/ Angst, Grundlagen und Richtlinien für erste klinische Psychopharmaka-Prüfungen (Phase I, II) aus der Sicht des klinischen Prüfers, 1978, S. 1257.

3.3.1.1 Zielsymptome und Zielkonflikte

Nicht nur die PatientInnenauswahl stellte eine grosse Schwierigkeit der Prüfungen dar, sondern auch die Messung der Wirkung der geprüften Substanz. In einem Artikel, der im Rahmen eines Workshops von PharmakologInnen und PsychiaterInnen 1976 entstand und den programmatischen Titel „Methodik versus Praxis – Versuch eines Kompromisses“ trug, setzten sich Brigitte Woggon und weitere Psychiater mit den Spannungen, die zwischen der Methodik und der praktischen Umsetzung der Prüfungen bestanden, auseinander. Für die AutorInnen des Artikels über die methodischen und praktischen Schwierigkeiten stellte sich die grundsätzliche Frage: Was wurde in den Psychopharmaka-Prüfungen genau gemessen?³³⁶

Das Problem lag ihrer Meinung nach darin, dass zahlreiche „wirkungsmodifizierende Faktoren“ die Wirkung des Medikaments auf die PatientInnen beeinflussten. Dazu zählten pharmakonbedingte Störfaktoren (Dosierung, Wirkungsdauer, Nebenwirkungen und die Interaktion mit Zusatzmedikamente) von den PatientInnen und vom Krankheitsverlauf abhängige Faktoren, Störfaktoren aufgrund der Klinik (Abteilung, Therapien, Beziehungen, Pflegepersonal, ambulanter Wechsel) und Störfaktoren aufgrund der Prüfung selber (Erwartungen, Wechsel von PrüferInnen, Prüfungsdauer).³³⁷

³³⁶ Woggon et al., *Klinische Prüfungen: Methodik versus Praxis – Versuch eines Kompromisses*, 1976, S. 1026.

³³⁷ Ebd.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Bei der Berücksichtigung dieser vielen möglichen Faktoren, die die Beziehung zwischen Pharmakon und Symptomatik mitbeeinflussen können, drängt sich die Frage auf, was wir eigentlich mit der heute üblichen Methodik bei der klinischen Prüfung von Psychopharmaka prüfen.³³⁸

Mit Hilfe von im AMP-System festgelegten „Zielsymptomen und -syndromen“³³⁹ konnten die PsychiaterInnen die Wirkung des Medikaments bestimmen. Die Verwendung des Begriffs „Ziel“ suggeriert, dass die PsychiaterInnen genau wussten auf welchen Mechanismus sie die Medikamente ansetzten. Die Annahme einer Kausalbeziehung zwischen Pharmakon und der Veränderung der Symptome bei den PatientInnen liess sich jedoch nach Meinung von Brigitte Woggon und ihren Mitautoren nicht halten. Die Wirkung der Psychopharmaka war durch zahlreiche Faktoren beeinflusst.

Bei der klinischen Versuchsplanung wird in der Regel eine einfach Kausalbeziehung zwischen Pharmakon und Veränderung der Symptomatik angenommen. Der Versuchsplan entspricht dabei dem klassischen Experiment [...]. Der Patient geht als Symptommuster und nicht als Individuum in diese Beziehung ein. Jede Veränderung in seinem Zustand wird entweder als Ausdruck einer positiven oder negativen, d.h. ungenügenden Wirkung des Pharmakons interpretiert.³⁴⁰

³³⁸ Ebd.

³³⁹ PUK, Zehnjahresbericht 1969-1979, 1979, S. 67.

³⁴⁰ Woggon et al., Klinische Prüfungen: Methodik versus Praxis – Versuch eines Kompromisses, 1976, S. 1025.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Bei der Beurteilung der Wirkung mangelte es nach Meinung der Autoren an einer genauen Bestimmung „was unter einer Besserung oder Verschlechterung zu verstehen ist“.³⁴¹ Die PsychiaterInnen argumentierten im Artikel, dass die PrüferInnen von einem Wirkungsbegriff ausgingen, der sich nicht unbedingt mit den individuellen Anforderungen der PatientInnen deckte.³⁴² Problematisch daran war nach Meinung der AutorInnen, dass dadurch die PatientInnen lediglich als SymptomträgerInnen und nicht als Individuen im Rahmen der Prüfungen behandelt wurden.³⁴³

Statistisch konnten die PsychiaterInnen einwandfrei mit dem AMP-System und den darin enthaltenen Symptomen arbeiten. Die Veränderung der Symptome interpretierten die PrüferInnen als Wirkung des abgegebenen Medikaments. Das Ziel der Prüfung war der symptomfreie Zustand der einzelnen PatientInnen. Gegen das methodische Vorgehen auf der Grundlage des AMP-Systems bestand der Einwand, dass in der Prüfung das individuelle Ziel der Behandlung der PatientInnen unberücksichtigt blieb.³⁴⁴

Die therapeutische Wirkung wird am erwünschten Therapieziel gemessen, das meistens als symptomfreier Zustand definiert ist. Abnahme von Symptomen und therapeutische Wirkung werden demnach gleichgesetzt. Dabei wird die eigentlich notwen-

³⁴¹ Ebd.

³⁴² Ebd., S. 1025f.

³⁴³ Ebd., S. 1025.

³⁴⁴ Ebd., S. 1025f.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

dige individuelle, d.h. auf jeden Patienten einzeln ausgerichtete Planung eines Therapiezieles vernachlässigt.³⁴⁵

In der von den PrüferInnen beschriebenen Versuchsanordnung wird deutlich, dass die Psychopharmaka mit ganz spezifischen Krankheitsaspekten, mit den Symptomen, in Verbindung gebracht wurden. Die Symptome waren Ziel der Medikation oder anders formuliert, die Medikation war auf klare Zielsymptome angewiesen. Die Transformation der PatientInnen in einen Symptomträger war nicht nur ein diskutiertes Thema im Rahmen von Psychopharmaka-Prüfungen, sondern war mit dem Aufkommen der Klassifikations- und Dokumentationssystemen in der Psychiatrie auch Bestandteil im psychiatrisch-medikamentösen Behandlungsplan. Dieses Vorgehen ist als Ausdruck der Standardisierung von Psychopharmaka und als Festschreibung von Diagnosen zu sehen. Diagnosen sind aus dieser Sicht stark mit Krankheitssymptomen und damit mit der Vorstellung, dass Krankheiten als begrenzte Entitäten existieren und behandelt werden können, verbunden. Im amerikanischen Sprachgebrauch dient die Unterscheidung zwischen *Illness* und *Disease* zur Veranschaulichung und der Historiker Charles Rosenberg schreibt dazu: „This modern history of diagnosis is inextricably related to disease specificity, to the notion that diseases can and should be thought of as entities existing outside the unique manifestations of illness in particular men and women: during the past century especially, diagnosis, prognosis, and treatment have been linked ever more tightly to specific, agreed-upon disease categories.“³⁴⁶

³⁴⁵ Ebd.

³⁴⁶ Rosenberg, *Our Present Complaint*, 2008, S. 13.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Wie die vorliegende Studie zeigt, blieben für die PrüferInnen in der Klinik die Fragen bestehen; „Was messen wir überhaupt?“ und „Was sind die Behandlungsziele?“ Dabei ist ein Unbehagen festzustellen, das KlinikerInnen und ÄrztInnen empfanden, wenn sie mit Mess- und Dokumentationssystemen und Behandlungsplänen arbeiten mussten, denen sie gar nicht zustimmen konnten.³⁴⁷ Im Anschluss an diese Erkenntnisse stellt sich die Frage, wie sich das Unbehagen in den 1970er Jahren zur vermeintlichen Kausalbeziehung von Pharmakon und Symptom, die bis heute Gültigkeit hat, verhält.³⁴⁸

3.3.1.2 Unklare Indikationsstellung und Wirkung

In seiner Antrittsvorlesung warnte Christian Scharfetter vor der „Scheineinsicht durch Terminologie“ und forderte eine kritische Besinnung auf die Sprache in der Psychiatrie.³⁴⁹ Die PsychiaterInnen der Forschungsabteilung schwiegen sich über die Schwierigkeiten der Anwendung der Diagnose- und Klassifikationsinstrumente nicht aus und erwähnten die Unklarheiten bezüglich psychischer Krankheiten und die Wirkung von Psychopharmaka. Die PsychiaterInnen der Forschungsabteilung waren in den 1970er Jahren mit dem Problem konfrontiert, Indikationsstellung und Wirkung der Psychopharmaka kaum beurteilen zu können. Diese Schwierigkeit besteht bis heute. Im Gegensatz zu somatischen Erkrankungen liegen die Ursache und der Verlauf

³⁴⁷ Vgl. für eine aktuelle Auseinandersetzung: Sinaikin, *Categorical Diagnosis and a Poetics of Obligation*, 2003, 141-148.

³⁴⁸ Vgl. Pignarre, *Psychotrope Kräfte*, 2007, S. 31.

³⁴⁹ Scharfetter, *Psychiatrie als Wissenschaft und Praxis*, 1973, S. 255.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

psychischer Erkrankungen im Dunkeln und die PsychiaterInnen können eher vorsichtig tappend als nüchtern klassifizierend eine Krankheit beurteilen.³⁵⁰

Die Diagnosen sind letztlich Begriffe um etwas zu fassen, das sich dem beobachtenden Auge und der psychiatrischen Erkenntnis mehrheitlich entzieht. Die „geheimarbeitende Seele“³⁵¹ – eine Bezeichnung des Psychiaters Christian Scharfetter – lässt sich mit wissenschaftlichen Diagnose- und Klassifikationsinstrumenten nicht erschliessen. Diese Meinung wurde jedoch nicht von allen WissenschaftlerInnen geteilt. Nach der Meinung von StatistikerInnen, Epidemiologinnen und KlinikerInnen lag die Zukunft der Psychiatrie Mitte der 1960er Jahre in den Händen von BiochemikerInnen und GenetikerInnen. Sie formulierten ihr Forschungsprogramm an der berühmten *Washingtoner Conference on Psychiatric Classification* im Jahr 1965. Die psychotherapeutisch ausgerichtete Psychiatrie befand sich in einem Wandlungsprozess. Organisch-biologische Vorstellungen psychischer Krankheiten und ein systematisch-klassifizierendes Vorgehen in der Behandlung hatten zunehmenden Einfluss.³⁵²

Entgegen der Prognose einer biochemischen und genetischen Zukunft der Psychiatrie betonten KritikerInnen der Diagnosesysteme in den 1990er Jahren und zu Beginn des 21. Jahrhunderts, dass die Beschreibung und die Beobachtung der PatientInnen in der Psychiatrie

³⁵⁰ Vgl. Rothschild, Viadukte über dem Jammertal Psychiatrie, 2007, S. 69.

³⁵¹ Scharfetter, Psychiatrie als Wissenschaft und Praxis, 1973, S. 259.

³⁵² Vgl. die Buchrezension von German E. Berrios zu Rachel Coopers Publikation „Classifying Madness“, 2005. In: *Social History of Medicine, Focus on Psychiatry, Psychology and History*, 19 (2006), S. 154.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

relevant und bestimmend bleiben müssen.³⁵³ Diese Auseinandersetzung dauert an und ist ein Kontrapunkt zur Konzeptualisierung der Psyche und der Definition von Symptomen und Syndromen. Nancy C. Andreasen, die Herausgeberin des *American Journal of Psychiatry* wies in einem Editorial, daraufhin, dass viele Leute denken, die DSM-Kriterien für Schizophrenie definierten „was Schizophrenie wirklich ist“.³⁵⁴ Das Handbuch ist nach Meinung von Andreasen ein Konsensprodukt um benutzerfreundliche Kriterien für die KlinikerInnen zur Verfügung zu stellen.³⁵⁵

Die Behandlung richte sich nach dem Prinzip des „psychologischen Materialismus“, der von ausschliesslich biologischen Ursachen psychischer Erkrankung ausgeht. Die „Wurzel allen Übels“ und damit der Grund für die psychische Erkrankung liegt nach dem Konzept des „psychologischen Materialismus“ beim einzelnen Individuum beziehungsweise in dessen Hirn.³⁵⁶

In die Kritik der Klassifikations- und Diagnosepraktiken reiht sich die Problematisierung der Psychiatrie als Ordnungsmacht. Der Psychiater und Publizist Marc Rufer, der in den 1980er und 90er Jahren aktiv die Schweizer Psychiatrie kritisierte, greift das Thema der „Ordnungsmacht Psychiatrie“ in einem aktuellen Artikel der Zeitschrift *Widerspruch – Beiträge zur sozialistischen Politik* auf.³⁵⁷ Bezugneh-

³⁵³ Vgl. zur kritischen Auseinandersetzung mit dem DSM aus einer philosophischen Perspektive: Cooper, *Classifying Madness*, 2005.

³⁵⁴ Andreasen, *Understanding Schizophrenia: A Silent Spring?*, 1998, S. 1659.

³⁵⁵ Ebd.

³⁵⁶ Vgl. Geisel, *Die Seele - ein Hirngespinnst?*, 1996, S. 19.

³⁵⁷ Rufer, *Neuomythologie und die Macht der Psychiatrie*, 2006, S.145-156.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

mend auf Michel Foucault argumentiert Marc Rufer, dass die Diagnose Teil eines „Machtspiels“ sei, in dem Wissen erzeugt werde, das die Machtausübung über die PatientInnen wiederum rechtfertige.³⁵⁸ Zusätzlich unterschätze die Psychiatrie, dass die Diagnose für die Betroffenen eine einschneidende Erfahrung und ein Stigma mit gesellschaftlichen Ausschlusskonsequenzen sein kann.³⁵⁹

Die Diagnose beeinflusst auch die Erfahrung der PatientInnen mit ihrer Krankheit und betrifft die Vorstellung des Menschen von sich selber. Der Philosoph Ian Hacking weist nach, dass psychologische und psychiatrische Klassifizierung zur Konstruktion von Menschenbildern beitragen und zu neuen Selbstbeschreibungen von Menschen führen.³⁶⁰

Der Vorwurf von psychiatriekritischer Seite, dass die PsychiaterInnen mit den Diagnose- und Klassifikationsinstrumenten systematisch das Unwissen über die psychischen Phänomene und deren Behandlung überdecken,³⁶¹ trifft im Falle der PsychiaterInnen der Forschungsabteilung einerseits zu und läuft andererseits ins Leere. Tatsächlich boten die Systeme den PsychiaterInnen die Möglichkeit, Krankheiten zu benennen und die Diagnosen für die Indikationsstellung der Psychopharmaka zu nutzen, ohne dass sie genau über die Krankheitsursache und den Verlauf der Krankheit Bescheid wussten. Auch die Kenntnisse

³⁵⁸ Ebd., S. 148; Foucault, *Die Macht der Psychiatrie*, 2005, S. 503.

³⁵⁹ Rufer, *Neuromythologie und die Macht der Psychiatrie*, 2006, S. 148.

³⁶⁰ Vgl. Hacking, *Historische Ontologie*, 2006, S. 119-135. Im Kapitel „Leute erfinden“, formuliert und belegt der Autor die These, dass der Begriff und das klinische Phänomen der multiplen Persönlichkeit 1875 erfunden wurden. Hacking zeigt, wie mit dem Syndrom die Erfindung einer neuen Person verbunden war. v.a. S. 120f.

³⁶¹ Vgl. Rothschild, *Diagnose: Psychiater*, 1982, S. 91.

über den Wirkungsmechanismus der Psychopharmaka beruhte lediglich auf Vermutungen. Das Unwissen verdeckten jedoch zumindest die PsychiaterInnen der Forschungsabteilung nicht systematisch.

3.3.2 Nebenwirkungen – von der Gefahr zum Risiko

Seit Mitte des 20. Jahrhunderts wurden neue Technologien und Medikamente zunehmend unter dem Aspekt des Risiko evaluiert. Gerade aufgrund der Angst, die als Folge von gesundheitsschädlichen Risiken aufkam, wurden und werden neue Medikamente und medizinische Innovationen allgemein als „mixed blessing“ wahrgenommen.³⁶² Während die Gefahr, die von Medikamenten ausging und gesundheitliche Folgen für die PatientInnen haben konnten, sowohl für die ÄrztInnen wie die PatientInnen diffus war, transformierte die Bezeichnung Risiko die diffuse Gefahr in etwas Kontrollier- und Steuerbares.³⁶³ Die systematische Zusammenstellung von möglichen Nebenwirkungen war Ausdruck dieser Bestrebungen, mit denen versucht wurde körperlich äusserst unangenehme Zustände in Begriffe zu fassen und damit die Voraussetzung zu schaffen, zwar subjektiv in jedem einzelnen Fall aber letztlich objektiv anhand der aufgezeichneten Nebenwirkungen den Adäquatheitsgrad abzuschätzen.

In den ärztlichen Fachkreisen wurden die Nebenwirkungen als Begleiterscheinungen bezeichnet, in Fachzeitschriften diskutiert und in Tabellenform aufgelistet. Abbildung 6 stammt aus dem Kompendium

³⁶² Vgl. Schlich, *Risk and Medical Innovation*, 2006, S. 2; Vgl. auch: Skolbekken, *The Risk Epidemic in Medical Journals*, 1995, S. 291-305; Pickstone, *Introduction*, S. 1-16.

³⁶³ Vgl. Schlich, *Risk and Medical Innovation*, 2006, S. 2.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

der Psychopharmakotherapie von Walter Pöldinger aus dem Jahr 1967.³⁶⁴

Somatische Begleitscheinungen		
<i>Neurologische</i>	Tremor Parkinsonsyndrom Dyskinesien Zungen-Schlund-Krämpfe Streck-Torsions-Krämpfe Schauanfälle und Blickkrämpfe Akathisie	
<i>Vegetative</i>	Appetitstörungen Durst Schlafstörungen Libidostörungen Potenzstörungen Menstruationsstörungen Galaktorrhoe Müdigkeit Schläfrigkeit Schwindel Nausea Orthostatische Hypotonie	Bradykardie Hypothermie Hypersalivation Diarrhoe Akkommodationsstörungen Tachykardie Schwitzen Hyposalivation Glossitis Hyperthermie Miktionsstörungen Obstipation
<i>Andere</i>	Injektionsschmerz Infiltrate Ödeme Thrombosen	Photosensibilität Allergie Ikterus Gewichtszunahme
Psychische Begleitscheinungen		
Umschlag in Manie Aktivierung von Symptomen der Grundkrankheit Akuter exogener Reaktionstypus Erregung Stupor Bewußtseinstörung Delir Dämmerzustand Halluzinose Korsakow Amentielle Syndrome		

Abbildung 6: Zusammenstellung der Begleitscheinungen der Psychopharmaka.

Die Nebenwirkungen kamen in verschiedenen Formen und Ausprägungen vor. Jules Angst befasste sich in einem Artikel, der 1970 in der Fachzeitschrift *Therapeutische Umschau* erschien, mit den neurologischen Nebenwirkungen von Psychopharmaka. Er nannte darin sechs die Nerven betreffenden Erscheinungen im Zusammenhang mit den Psychopharmaka. Es handelte sich dabei um das Parkinsonsyndrom, das durch Körperkrämpfe (Tremor) und Zittern der Glieder (Rigor)

³⁶⁴ Pöldinger, Kompendium zur Psychopharmakotherapie, 1967, S. 112.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

gekennzeichnet ist.³⁶⁵ Jules Angst fügte der Liste von Walter Pöldinger zwei weitere Erscheinungen hinzu. Angst bemerkte, dass bei PatientInnen mit neuroleptischer Dauermedikation nach einjähriger, hochdosierten Behandlung Zittern und Krämpfe an verschiedenen Körperteilen auftraten (späte extrapyramidale Hyperkinesen). Zudem zählte Angst auch epileptische Anfälle zu den Nebenwirkungen. Seiner Meinung nach wurde eine Mehrzahl der PatientInnen den neurologischen Veränderungen gewahr, wobei eine Minderzahl schwer darunter litt und es ausnahmsweise zu Teilinvalidität kam.³⁶⁶

Die PsychiaterInnen stellten in ihren Untersuchungen fest, dass das Ausmass der unerwünschten Nebenwirkungen und die Stärke der Symptomatologie von der Dosierung des Neuroleptikums abhängig waren. Die Kombination von Neuroleptika und Antiparkinsonmitteln stellten in manchen Fällen eine Lösung für die hartnäckigen und quälenden Nebenwirkungen dar.³⁶⁷ Manche PatientInnen litten jedoch aufgrund neuroleptischer Substanzen an einem Parkinsonsyndrom und anderen Nebenwirkungen, bei denen die Antiparkinsonmittel versagten. Die Akathisie zählt zu diesen Erscheinungen. Unruhe, Nicht-stillstehen- oder Nicht-stillsitzen-Können und ein quälender Bewegungsdrang der Beine kennzeichnen die Akathisie.³⁶⁸

Jules Angst beschreibt die möglichen Auswirkungen von Neuroleptika auf die PatientInnen.

³⁶⁵ Vgl. Finzen, Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen, 1984, S. 92, 94.

³⁶⁶ Angst, Psychopharmaka und neurologische Nebenwirkungen, 1970, S. 359.

³⁶⁷ Ebd., S. 358.

³⁶⁸ Ebd., S. 357.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

In ausgeprägten Fällen kommt es zum Vollbild des Parkinsonsyndroms mit klassischer Haltung, Gang, schwerem Speichelfluss, Salbengesicht, leiser Sprache, Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme, Rigor, Tremor usw.³⁶⁹

Die äussert unangenehmen und beängstigenden Nebenwirkungen der Psychopharmaka waren jedoch bis zu einem gewissen Grad erwünscht. Aufgrund ihrer Annahmen über die Wirkungsweise der Psychopharmaka im Hirn des Patienten, gingen die PsychiaterInnen davon aus, dass geringfügige Nebeneffekte ein Hinweis für die richtige Dosis sein konnten. Jules Angst grenzte jedoch den gewünschten psychotropen Effekt vom durchaus ebenfalls gewünschten Nebeneffekt ab. Letzterer durfte nicht so ausgeprägt sein, dass er den therapeutischen Effekt beeinträchtigte. Auch korrelierte seiner Meinung nach der Nebeneffekt nicht direkt mit dem Therapieeffekt, sondern beeinträchtigte diesen höchstens.³⁷⁰ Im weiteren stellte er fest, dass das Parkinsonsyndrom die pflegerische Abhängigkeit des Kranken erhöhte, was psychotherapeutisch ausgenutzt werden konnte.

Für die betroffenen PatientInnen konnten die durch die Neuroleptika verursachten Nebenwirkungen gravierend und höchst unangenehm sein. Neben den somatischen Erscheinungen beobachteten die PsychiaterInnen auch depressive Veränderungen der PatientInnen unter Einfluss der Neuroleptika.³⁷¹

³⁶⁹ Ebd., S. 358.

³⁷⁰ Ebd.

³⁷¹ Woggon, Penfluridol: Ergebnisse einer einjährigen klinischen Prüfung, 1978, S. S.13.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Die körperlichen Reaktionen führten bei PatientInnen zu einer ängstlichen Einstellung gegenüber medikamentösen Behandlungen. Die Auswirkungen auf den Körper konnten so stark sein, dass die Veränderungen durch das Neuroleptikum als Lähmung wahrgenommen wurden und die PatientInnen die körperlichen Empfindungen mit dem Tod assoziierten und paranoid verarbeiteten.³⁷² In Anbetracht dieser heftigen Folgeerscheinung der Neuroleptika-Behandlung kam den PsychiaterInnen die wichtige Aufgabe zu, die Zumutbarkeit der Nebenwirkungen und Behandlungserfolg durch die Medikation einzuschätzen.

Weigerten sich die PatientInnen gegen die Einnahme des Prüfungssubstanz, stellte sich für die PsychiaterInnen die schwierige Frage, inwiefern die Applikation gegen den Willen der PatientInnen erfolgen durfte. Der Oberarzt der Forschungsabteilung vertrat klar die Meinung, dass die PatientInnen mit dem Klinikeintritt jede Therapieform erdulden mussten. Aus seiner Sicht war die Durchsetzung der Applikation gegen den Willen der PatientInnen legitim, da die Einweisung in die Klinik auch die Duldung der Therapie mit einschloss.³⁷³

Schwierigere Fragen ergeben sich, wenn der Patient die orale Mitteleinnahme ablehnt. Es ist dann die Frage, wieweit man berechtigt ist, ihm das Mittel trotzdem zu geben, unter Umständen bis in einer Besserung Krankheitseinsicht gewonnen und eine positivere Einstellung zur Medikamenteneinnahme er-

³⁷² Angst, Psychopharmaka und neurologische Nebenwirkungen, 1970, S. 358.

³⁷³ Scharfetter, Psychopharmakaprüfung in der Klinik: Methoden und Probleme, 1970, S. 775.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

zielt werden kann. [...] Bei erregten Kranken und bei suizidalen Patienten muss man sicher auch bei negativer Einstellung zu einer Medikation das Mittel verabreichen. Dafür kommt dann praktisch nur die parenterale Applikationsform in Frage.³⁷⁴

Vor allem in solchen Fällen, in denen die PsychiaterInnen von der fehlenden „Krankheitseinsicht“ der PatientInnen ausgingen und diese sich durch aggressives Verhalten auf den Abteilungen unangenehm bemerkbar machten, waren die PsychiaterInnen für die Durchsetzung der Medikation, unabhängig ob diese im Rahmen einer Psychopharmaka-Prüfung stattfand oder nicht. Weigerten sich die PatientInnen die Medikamente in Tablettenform einzunehmen, wurde das Mittel mit einer Spritze injiziert.

3.3.2.1 Ablehnende Haltung der PatientInnen

Die fehlende „Krankheitseinsicht“ des Patienten oder der Patientin, ist ein häufig verwendetes Motiv im Zusammenhang mit der Verweigerung einer psychiatrischen Behandlung. Verbunden damit ist die Einschätzung der Urteils- und Einwilligungsfähigkeit der PatientInnen. Die Juristin Beatrice Mazenauer deutete diese Situation im Rahmen einer Tagung im Jahr 1990 zu Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie prägnant. „Das Schema, welches befolgt wird, ist meistens dasselbe. Die Ärzte oder das Pflegepersonal fragen die Psychiatrisierte ‚höflich‘, ob sie die vorgesehenen Medikamente einnehmen möchte. Bejaht sie,

³⁷⁴ Ebd.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

gilt sie als urteilsfähig. Verneint die Gefragte, fehlt ihr die ominöse Krankheitseinsicht und damit die Urteilsfähigkeit.“³⁷⁵

Die Verweigerung konnte von Psychiatrieseite als fehlende Krankheitseinsicht eines nicht urteilsfähigen Patienten gedeutet werden, woraus sich die Berechtigung ableitet, die Dosis unter Zwang mittels Injektion zu verabreichen. Die Durchsetzung der Medikation gegen den Willen der PatientInnen und die Legitimierung dieser Handlung durch die unterstellte fehlende Krankheitseinsicht zeigt eine disziplinierende Komponente der Psychopharmaka-Prüfungen und machte diese äusserst umstritten.

PatientInnen konnten sich weigern, die Mittel einzunehmen.³⁷⁶ Christian Scharfetter wies auf die Probleme hin, die den PrüferInnen durch die ablehnende Haltung der PatientInnen zu den Medikamenten erwachsen konnten. Seiner Meinung nach war die Kooperation der PatientInnen beziehungsweise deren Weigerung vor allem von den Nebenwirkungen abhängig.³⁷⁷

Abgesehen von rein methodischen Schwierigkeiten, können dem Prüfer auch von seiten der PatientInnen Probleme erwachsen.

³⁷⁵ Pro Mente Sana, Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. Jahrestagung 1990, S. 94f.; Siehe auch zum Thema „Was ist Zwang?“, Meier/ Hürlimann/ Bernet, Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870-1970, 2002, S. 34-47. Zur Zwangsmedikation aus psychiatrischer Sicht vgl. Finzen et al., Hilfe wider Willen, 1993.

³⁷⁶ Scharfetter, Psychopharmakaprüfung in der Klinik: Methoden und Probleme, 1970, S. 775; Woggon/ Angst, Grundlagen und Richtlinien für erste klinische Psychopharmaka-Prüfungen (Phase I, II) aus der Sicht des klinischen Prüfers, 1978, S. 1257.

³⁷⁷ Scharfetter, Psychopharmakaprüfung in der Klinik: Methoden und Probleme, 1970, S. 775.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Nimmt der Patient von sich aus gerne die Mittel [...] und treten keine besonders unangenehmen Nebenwirkungen oder Begleiterscheinungen auf, die in ihrer Stärke inadäquat zur Stärke der Krankheit wären, erhebt sich meist kein Hindernis.³⁷⁸

Das Zitat macht deutlich, dass die PrüferInnen auf die Bereitschaft der PatientInnen am Versuch mitzuwirken angewiesen waren. Christian Scharfetter verwies auch auf die Schwierigkeiten, die bei der Einschätzung der Nebenwirkung bestanden. Die unerwünschten Wirkungen der Psychopharmaka waren aus seiner Sicht in Kauf zu nehmen, wenn die erwünschte Wirkung im angemessenen Verhältnis zu den Nebenwirkungen stand. Die Einschätzung der Adäquatheit blieb in der Entscheidungsmacht der PsychiaterInnen.

Das Einverständnis beziehungsweise die Weigerung der PatientInnen die geprüften Medikamente einzunehmen, standen im direkten Zusammenhang mit den Nebenwirkungen. Waren diese gravierend, sank der Kooperationswille der PatientInnen und die PrüferInnen mussten abwägen, ob das Leiden an den Nebenwirkungen mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen und der symptomlindernden Wirkung gerechtfertigt war.³⁷⁹

Diese Äusserung Scharfettters wirft grundsätzlichen Fragen nach dem Status der PatientInnen in der Psychiatrie auf. Obwohl das Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen bereits in den 1950er Jahren ein viel diskutiertes Thema der Psychiatrie war, verschwand es zumin-

³⁷⁸ Ebd.

³⁷⁹ Ebd.; Vgl. zur Rolle des Pflegepersonals als Ansprechpersonen Kapitel 4.3.2.1 in der vorliegenden Arbeit.

dest in den Überlegungen Schafetters hinter der Entscheidungsmacht der PsychiaterInnen.³⁸⁰

3.3.2.2 Psychiatrische Einscheide und Zumutbarkeit

Der amerikanische Psychiater Jay Katz veröffentlichte 1984 ein Buch unter dem Titel „The Silent World of Doctor and Patient“. Darin kam er zum Schluss, dass alle historischen Epochen eine unveränderliche Konstellation dieses Verhältnis kennzeichnet. Ärzte kümmerten sich nicht um die Rechte und den Status der PatientInnen und würden es für notwendig erachten selbst die medizinische Entscheidung zum Wohl der PatientInnen zu treffen. Die moralische Verpflichtung des Arztes lag demnach nicht in der Information des Patienten, damit dieser in der Lage war seine Widerstände oder Einwilligung zu formulieren, sondern darin alleine für den Patienten zu entscheiden.³⁸¹

Diese Darstellung der Welt, in der sich ÄrztInnen und PatientInnen begegnen, passt auf den ersten Blick zu den Schilderungen Scharfettters, in denen er darlegt, aufgrund welcher Überlegungen die PsychiaterInnen die Entscheidung über die medikamentöse Behandlung oder Prüfung fällen. Doch die Formulierung Katz', der von einer historisch unveränderlichen Konstellation sprach, wirft gerade durch die Betonung der Kontinuität die Frage nach den Widersprüchen und Veränderungen auf. Die neuere Medizingeschichte leistet Anregungen, die darauf hinweisen, dass PatientInnen, ÄrztInnen und Pflegepersonal

³⁸⁰ Vgl. auch Balz, 1953 – Megaphen wird zur Wirkung gebracht, 2009, S. 174.

³⁸¹ Katz, The Silent World of Doctor and Patient, 1984, S. 3f.; Vgl. auch Vollmann, Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie, 2000, S. 25.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

bestimmte Rollen im medizinischen Kontext einnehmen und zu spielen haben.³⁸² Demnach dominieren die ÄrztInnen nicht einfach über die PatientInnen und die ärztlichen Behandlungsvorschläge stossen bei den PatientInnen ebenso oft auf Widerstand, als auch auf Anerkennung. PatientInnen stellen weder heute noch in den 1970er Jahren eine Gruppe dar, die ausschliesslich Entscheidungen zu erdulden haben, welche über ihre Köpfe hinweg gefällt wurden. Vielmehr gehören sie zu den Akteuren, die verhandeln und die psychiatrischen Leistungen ebenso entgegennehmen, wie sie sie ablehnen.

Gemäss Christian Scharfetter mussten sich die PrüferInnen folgende Frage stellen: „Was und wie viel an Nebenwirkungen ist zumutbar?“³⁸³ Wie viel an Nebenwirkungen zumutbar war, konnte nicht aufgrund eines objektiven Massstabes entschieden werden, sondern war abhängig vom „subjektiven Ausmass des Leidens“ und vom „Grad der Krankheit“. Der Psychiater sah die PatientInnensicht insofern berücksichtigt, als dass er „die ständige Verbindung mit dem Patienten und die genaue Kenntnis seiner Krankheit und seiner Lebenssituation“ als wichtig für die Einschätzung der Zumutbarkeit erachtete.³⁸⁴

3.3.3 Die PsychiaterInnen und das Pflegepersonal der Klinik

Christian Scharfetter wies in seinem Artikel zu den methodischen und praktischen Schwierigkeiten der Psychopharmaka-Prüfungen im Jahr

³⁸² Vgl. Condrau, *The Patient's View Meets the Clinical Gaze*, 2007, S. 534.

³⁸³ Scharfetter, *Psychopharmakaprüfung in der Klinik: Methoden und Probleme*, 1970, S. 775.

³⁸⁴ Ebd.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

1970 daraufhin, dass den Psychopharmaka-Prüfungen in der Klinik teilweise misstraut wurde.

Glücklicherweise sind die Mehrzahl der Kollegen aufgeschlossen und zur Mitarbeit bereit, doch gibt es auch einzelne, die misstrauisch und sogar abweisend gegenüber neuen Medikamenten sind.³⁸⁵

Das Ressentiment erwuchs nach Scharfetter daraus, dass bei den ÄrztInnen das Gefühl entstand, „man habe ihnen die Therapie ‚ihrer‘ Fälle entzogen.“³⁸⁶ Seiner Meinung nach verminderten Gespräche die Zweifel der kritischen KollegInnen gegenüber den Prüfungen. Die Besprechung des Versuchsplans, der Hinweis auf die Toxizität der Mittel und auf mögliche medikamentöse Wirkungen halfen nach der Erfahrung von Scharfetter, die Mitarbeit der ÄrztInnen für die Prüfungen zu stärken.

Brigitte Woggon und Jules Angst machten die Vorbehalte gegen die Psychopharmaka und ihrer Prüfung unter anderem bei jenen KritikerInnen aus, die hinter den Prüfungen vor allem die Profitinteressen der Pharmaindustrie sahen. Die skeptischen Einwände gegenüber den medikamentösen Behandlungsmethoden schrieben die beiden PsychiaterInnen den psychoanalytisch ausgerichteten KollegInnen zu. Ihrer Meinung nach waren die PsychoanalytikerInnen wegen der Anwendung von Psychopharmaka, die nicht ihren Behandlungsmethoden entsprachen, gekränkt. Die PsychiaterInnen der Forschungsabteilung

³⁸⁵ Ebd.

³⁸⁶ Ebd.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

bestärkten trotz der Skepsis, die sie bei ihren KollegInnen beobachteten, die Fortschritte der Psychopharmakalogie.³⁸⁷

3.3.3.1 „Wissen ums Nichtwissen“

Rückblickend auf beinahe zehn Jahre Forschungsabteilung und die damit verbundenen Psychopharmaka-Prüfungen, formulierten die Oberärztin Brigitte Woggon und der Direktor der Abteilung Jules Angst im Jahr 1978:

In den letzten 25 Jahren hat die psychopharmakologische Forschung ohne Zweifel am meisten zur Entwicklung der Psychiatrie beigetragen. Die grossen Fortschritte auf diesem Gebiet haben aber auch dazu geführt, dass das Wissen um das Nichtwissen gestiegen ist.³⁸⁸

Die beiden PsychiaterInnen bestätigten die fortschrittliche Entwicklung der Psychopharmakologie und Psychiatrie. Ihrer Meinung nach hatten gerade die grossen Fortschritte der medikamentösen Behandlungen gezeigt, wie wenig sie über die Psychopharmaka und die psychischen Erkrankungen wussten. Sie gestanden parallel zur Hervorhebung der Fortschritte ihr Unwissen auf dem Gebiet der Psychopharmaka ein.

Die Arbeit auf der Forschungsabteilung verlief nicht reibungslos. Das ambitionierte Vorhaben, intensiv Psychopharmaka-Prüfungen zu betreiben,³⁸⁹ stiess an organisatorische, personelle und persönli-

³⁸⁷ Woggon/ Angst, Grundlagen und Richtlinien für erste klinische Psychopharmaka-Prüfungen (Phase I, II) aus der Sicht des klinischen Prüfers, 1978, S. 1257.

³⁸⁸ Ebd.

³⁸⁹ JB PUK 1972, S. 17.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

che Grenzen. Rückblickend fällt die Abnahme der Psychopharmaka-Prüfung mit der beruflichen Neuausrichtung von Jules Angst und Brigitte Woggon zusammen. Zur damaligen Situation in der Klinik und der persönlichen, beruflichen Entwicklung äussert sich Brigitte Woggon 2008 folgendermassen:

Die Durchführung von Prüfungen war etwas, das zunehmend schwieriger wurde, weil es zunehmend einfach dagegen Druck gab, von Seiten der Ärzte und von Seiten des Pflegepersonals. Und ich muss auch sagen, das ist eine sehr schwierige Situation. Und das war so, dass man sehr oft das Gefühl hatte man könnte den Patienten überzeugen aber es wäre dann aber nicht richtig, weil der Patient es eigentlich nicht will. Und darauf habe ich immer sehr geachtet, natürlich, ich finde das unethisch, wenn man jemand, der denkt jetzt bin ich abhängig von der und jetzt muss ich mitmachen, das ist nicht gut. Es ist ne Sache die man praktisch nur betreiben kann, wenn man selber genügend Patienten hat ... im Zuge der Zeit wurde es immer schwieriger, weil auch immer mehr ganz allgemein gegen das experimentelle Arbeiten am Menschen Stimmung gab. So dass wir nachher keine Prüfungen mehr machen konnten. Professor Angst hat sich dann der Epidemiologie zugewendet und ich habe mich den therapieresistenten affektiven Erkrankungen zugewendet. Also das war nachher eigentlich so unsere Ersatzarbeit sozusagen.³⁹⁰

Brigitte Woggon Ausführungen zeigen, dass trotz Gesprächen und der 1970 noch festgestellten Aufgeschlossenheit der BerufskollegInnen in der Klinik, die Psychopharmaka-Prüfungen zunehmend auf Ableh-

³⁹⁰ Woggon, Interview vom 15.12.2008.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

nung stiessen. Die Psychopharmaka-Prüfungen führten zu Konflikten zwischen den ForschungsärztInnen und den PsychiaterInnen auf den Abteilungen der Klinik. Ausschlaggebend waren unterschiedliche Vorstellungen über Kompetenzbereiche und psychiatrische Behandlungspläne. Brigitte Woggon spricht an, dass es einen zunehmenden Druck gegen die Prüfungen von Seiten der ÄrztInnen und des Pflegepersonals gab. Auf die ablehnende Haltung des Personals gegenüber den Psychopharmaka-Prüfungen wird im folgenden Kapitel 3.3.3.2 eingegangen. Das Ressentiment gegenüber dem „experimentellen Arbeiten am Menschen“ kann jedoch nicht nur im Zusammenhang mit dem Klinikalltag gesehen werden, sondern steht in Verbindung mit den ausbleibenden Erfolgen in der Entwicklung der Psychopharmakologie. Brigitte Woggon und Jules Angst suchten nicht nur aufgrund der Widerstände, die ihrer Psychopharmakaforschung entgegen schlugen eine „Ersatzarbeit“ in anderen Forschungsbereichen der Psychiatrie. Ausschlaggebend war auch, dass die anfängliche Euphorie bezüglich den neuen Medikamenten einer realistischeren Einschätzung wich, die auch die problematischen Aspekte einbezog.³⁹¹ Seit der Entdeckung der wichtigsten Psychopharmaka in den 1950er und 1960er Jahren waren in den 1970er Jahren keine bahnbrechenden Entwicklungen mehr zu verzeichnen.

³⁹¹ Vgl. Snelders/ Kaplan/ Pieters, *On Cannabis, Chloral Hydrate, and Career Cycles of Psychotropic Drugs in Medicine*, 2006, S. 95ff.

3.3.3.2 Forschungsfeindlichkeit und ablehnende Haltung

Bereits 1970 stellte Christian Scharfetter in seinem Artikel zur Methodik und zu den Problemen der Psychopharmaka-Prüfungen fest, dass „Konservatismus, Misstrauen und unter Umständen offene oder insgeheime Ablehnung eines neuen Mittels“ beim Pflegepersonal bestünden und dem Versuch schaden konnten.³⁹²

Aus der Sicht des Psychiaters Christian Scharfetter war die skeptische Einstellung des Pflegepersonals vor allem durch die Mehrbelastung der PflegerInnen aufgrund der Prüfungen bedingt. Die Belastung entstand durch die teilweise ungenügend dämpfende Wirkung der geprüften Substanz, durch den pflegerischen Mehraufwand und durch die so genannte *Wash-out* Phase.³⁹³ Die aus Scharfetters Sicht bestehenden drei Aspekte der Belastung werden in den folgenden Abschnitten ausgeführt.

Für das Pflegepersonal stellt die routinemässige Prüfung von Psychopharmaka eine zusätzliche Belastung dar. Die Mehrbelastung kann sich vor allem ergeben durch ungenügende sedierende Wirkung eines zu prüfenden Mittels, was eine Vermehrung von lauten und erregten Patienten und damit Störung des Abteilungsbetriebes bedeutet; das stellt an die Toleranz des

³⁹² Scharfetter, Psychopharmakaprüfung in der Klinik: Methoden und Probleme, 1970, S. 775.

³⁹³ Ebd., S. 774f. Wash-out bedeutet in diesem Zusammenhang, dass vor einer Prüfung keine Psychopharmaka mehr verabreicht wurden. Die Phase dauerte circa zwei Tage und sollte bewirken, dass keine anderen Substanzen mehr im Organismus der PatientInnen, die an der Prüfung teilnahmen, vorhanden waren. Der Grund für das Wash-out war, dass die PrüferInnen die Wirkung der Prüfungssubstanz untersuchen wollten und andere Substanzen diese beeinträchtigen konnten.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Personals hohe Anforderungen. Eine Mehrbelastung entsteht weiter durch Blutentnahme und Laboruntersuchungen.³⁹⁴

Da die zu testenden Substanzen nicht immer die gleiche Wirkungsqualität aufwiesen oder die Dosierung unklar war, entstand auf der Abteilung erhebliche Unruhe. Die medikamentöse Behandlung im Rahmen einer Prüfung erforderte einen erhöhten Einsatz der PflegerInnen, um mit diesen PatientInnen umzugehen. Zusätzlich musste das Personal pflegerische Arbeit leisten, zu der auch die Blutentnahme und Laboruntersuchungen für die Prüfungen zählten. Für den Oberarzt Christian Scharfetter stellte die Mehrbelastung des Personals ein praktisches Problem der Psychopharmaka-Prüfungen dar. PatientInnen, die eine Prüfungssubstanz erhielten, sollten aus der Sicht der ForschungsärztInnen keine zusätzlichen Medikamente einnehmen. 1971 formulierte die ärztliche Direktion und die Forschungsdirektion die Regelung der zusätzlichen medikamentösen Behandlung in einem Schreiben, das auf den Abteilungen an die KlinikärztInnen verteilt wurde.

Den Patienten, die mit einem Prüfungspräparat behandelt werden, soll der behandelnde Arzt prinzipiell keine zusätzlichen Neuroleptika oder Antidepressiva verordnen, ohne dass dies mit dem zuständigen Forschungsarzt vereinbart worden ist. Bei Erregungszuständen vom akut-exogenen Typus kann Hemineurin, bei andersartigen schweren Erregungen notfalls Mo-Scop verabreicht werden. Als Schlafmittel ist, wenn nötig, in erster Linie Chloralhydrat, in zweiter Linie Diazepam (Valium) zu geben [...]. Während Kuren mit Antidepressiva sollen keine

³⁹⁴ Ebd.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Barbiturate (z.B. Balophen) verordnet werden, da diese die Wirkung von Antidepressiva beeinträchtigen.³⁹⁵

Diese Regelung veranschaulicht eine gewissen Kompetenzbeschränkung der KlinikärztlInnen aufgrund der Forschung mit Psychopharmaka. Ob die Regelung der zusätzlichen medikamentösen Behandlung während einer Prüfung auch für die *Wash-out* Phase vor der Prüfung galt, geht aus den Quellen nicht hervor. Die Durchführung einer Psychopharmaka-Prüfung setzte nach Meinung der PrüferInnen eine gewisse medikamentfreie Zeit voraus. Die PatientInnen sollten vor der Prüfung einige Tage bis zwei Wochen keine Psychopharmaka zu sich nehmen, damit die Wirkung des Versuchspräparats nicht durch andere Substanzen verfälscht wurde.³⁹⁶ Die medikamentfreie Phase vor einer Prüfung bezeichneten die PsychiaterInnen als *Wash-out* Phase, in der die bisher eingenommenen Medikamente ausgeschwemmt wurden, bevor die PatientInnen ein neues Präparat bekamen.³⁹⁷

Christian Scharfetter formulierte in seiner Auseinandersetzung mit den methodischen und praktischen Problemen im Zusammenhang mit Psychopharmaka-Prüfungen die Bedenken bezüglich der *Wash-out* Phase:

³⁹⁵ StAZH, PUK, Nr. 115, Zusammenarbeit von Forschung und Klinik beim Erproben von Psychopharmaka und bei psychologischen Untersuchungen, verfasst von Klaus Ernst und Jules Angst, Mitte November 1971.

³⁹⁶ Vgl. kritisch zur aktuellen Praxis von so genannten *Washout Studies* im US-amerikanischen Kontext aufgrund von Suizid während einer Studie: Moreno, *Convenient and Captive Populations*, 1996, S. 116.

³⁹⁷ Scharfetter, *Psychopharmakaprüfung in der Klinik: Methoden und Probleme*, 1970, S. 774.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Praktische Bedenken ergeben sich vor allem bei erregten und schwer psychotischen Kranken, die ohne eine starke neuroleptische Dämpfung auf der Abteilung schwer zu halten sind.³⁹⁸

Die Thematisierung der *Wash-out* Phase macht deutlich, dass die Prüfungen negative Begleiterscheinungen für die PatientInnen und die Abteilungen haben konnte. Da die PrüferInnen die *Wash-out* Phase als wichtig beurteilten, wurden an der Klinik so genannte Absetzstudien durchgeführt, in denen die PsychiaterInnen untersuchten, ob und wie lange ein Patient oder eine Patientin ohne medikamentöse Behandlung sein konnte und welche Veränderungen des Zustandsbildes sich dabei ergaben. Im Rahmen einer Absetzstudie wiesen Brigitte Woggon und ihre Kollegen auf die Vorbehalte des Pflegepersonals gegenüber der PatientInnenauswahl hin und thematisierten die Aggression, die aufgrund der fehlenden Medikamente teilweise bei den PatientInnen entstanden.

Weigerungen gegen die Aufnahme eines Patienten in die Studie erfolgten vor allem seitens des Pflegepersonals bei Patienten, die während ihres Klinikaufenthaltes zeitweise ausgeprägte Aggressionen gezeigt hatten.³⁹⁹

In der erwähnten Absetzstudie bemerken die AutorInnen, dass die Diskrepanz zwischen Pflegepersonal und den ÄrztInnen bezüglich der Beurteilung der Zustandsverschlechterung aufgrund des fehlenden Medikaments erheblich war. Das Personal interpretierte anders als die

³⁹⁸ Ebd., S. 774f.

³⁹⁹ Woggon/ Bickel/ Schnyder, Neuroleptika-Absetzversuche bei chronisch schizophrenen Patienten, 1979. S. 283.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

ÄrztInnen, Zustandsveränderungen eher negativ. Im Fall der besagten Absetzstudie führten die Vorbehalte des Pflegepersonals dazu, dass drei PatientInnen vorzeitig wieder Neuroleptika verabreicht wurden.⁴⁰⁰ Da das Pflegepersonal täglich mit den PatientInnen zu tun hatte, bemerkte es die Veränderungen des Krankheitszustandes im Rahmen einer Prüfung unmittelbarer als die PrüferInnen.

Die Vermutung über den Zusammenhang zwischen der Skepsis des Pflegepersonals und der Entwicklung der PatientInnenanzahl, wird durch eine Textstelle im Jahresbericht der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich 1979 bekräftigt. Die zunehmende „ängstliche und ablehnende Einstellung“ gegenüber Psychopharmaka spielte laut Jahresbericht eine Rolle für die Abnahme der PatientInnenzahlen bei den Psychopharmaka-Prüfungen.

[Die zunehmende ängstliche und ablehnende Einstellung] [...] ist auch im stationären Bereich wirksam, wo sie besonders bei jungen Schwestern und Pflegern anzutreffen ist. Zusätzlich ist bei Ärzten und beim Pflegepersonal eine relativ kritisch-skeptische Einstellung gegenüber der Wirksamkeit im Handel befindlicher Psychopharmaka zu beobachten, welche die klinische Prüfung neuer Substanzen zunehmend schwieriger macht.⁴⁰¹

Da die PrüferInnen aufgrund der Repräsentativitätskriterien eine möglichst grosse PatientInnengruppe für die Versuche wollten, plante die Forschungsabteilung der Psychiatrischen Klinik für das Jahr 1980 or-

⁴⁰⁰ Ebd., S. 289f.

⁴⁰¹ JB PUK 1979, S. 21.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

ganisatorische Änderungen, um zukünftig mit den Schwierigkeiten der Psychopharmaka-Prüfungen besser umgehen zu können.⁴⁰²

Die ablehnende Einstellung des Pflegepersonals ist sowohl im geschilderten psychiatrischen Kontext, der sich auf die Mehrbelastung des Personals bezog, als auch im gesellschaftlichen Kontext der 1970er Jahre zu sehen. Vor allem beim jungen Pflegepersonal stellten die VerfasserInnen des Jahresberichts 1979 eine kritische Haltung zu den Psychopharmaka fest.⁴⁰³ Der Verweis auf die Vorbehalte bei den „jungen Schwestern und Pflegern“ legt die These nahe, dass das Personal psychiatriekritische und antipsychiatrische Argumente gegen die Behandlungsmethoden in der Psychiatrie aufgriff und sich für die Reform der Psychiatrie einsetzte. Die Reaktion der etablierten ForschungspsychiaterInnen der Klinik gegenüber psychiatriekritischen Argumenten konzentrierte sich nicht auf die formulierte Skepsis des Personals und der Forderung nach Reformen. Vielmehr wurden Antipsychiatrie, 1968er Bewegung und Forschungsfeindlichkeit gleichgesetzt.⁴⁰⁴

Besondere Hindernisse schuf die mit der Welle der Antipsychiatrie im Gefolge der 68-er Bewegung entstandene Forschungsfeindlichkeit, welche noch bis heute nachwirkt. Biologische Forschungen wurden zeitweise verunmöglicht, die Entwicklung neuer medikamentöser Behandlungsverfahren erschwert und

⁴⁰² Ebd.

⁴⁰³ Ebd.

⁴⁰⁴ Die Antipsychiatrie und die Kritik an der Psychiatrie bestand jedoch zeitlich bereits vor der 1968er Bewegung. Vgl. zwei wichtige Autoren: Goffman, Asyle, 1972 (erstmals 1961); Foucault, Wahnsinn und Gesellschaft, 1996 (erstmals 1961); Vgl. auch zur Sozialdisziplinierungshypothese in der vorliegenden Arbeit das Kapitel 6.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

massiv verzögert, und auch heute noch bestehen massive Ängste vor der Psychiatrie und Widerstände gegen eine psychiatrische Forschung.⁴⁰⁵

Die Kritik an der Psychiatrie in den 1960er und 1970er Jahren hatte nach Angaben von Forschungsabteilungsleiter Jules Angst erhebliche Auswirkungen auf die Forschungstätigkeiten. Die psychiatriehistorische Forschung zeigt, dass die Psychiatrie als gesamte Institution unter Rechtfertigungsdruck geriet.⁴⁰⁶ In Folge dessen kam es in Westeuropa zu einer doppelten Erneuerung der Psychiatrie. Die Antipsychiatrie hatte versucht das Fach von der medizinischen Ausrichtung zu lösen. Psychiatriekritische Kreise strebten die Reform der Institution an und wollten sie gleichzeitig im medizinischen Bereich belassen.⁴⁰⁷ Der erste Ansatz konnte sich nicht durchsetzen, stiess aber auf gesellschaftspolitische Resonanz. Der zweite Ansatz wurde in die Psychiatrie integriert und fand in der Sozialpsychiatrie ihren Ausdruck.⁴⁰⁸

Mit der Rolle des Pflegepersonals ist auch der Klinikalltag angesprochen. Diesem Thema widmet sich das Kapitel 4, das den Gebrauch von Psychopharmaka in den Kliniken im Zeitraum 1950 bis 1980 betrachtet. Die organisatorischen und institutionellen Gegebenheiten der

⁴⁰⁵ PUK, Zwanzig Jahre Forschungsabteilung 1969-1989, 1989, S. 7.

⁴⁰⁶ Vgl. Majerus, *Psychiatrie im Wandel*, 2008, S. 345, 347.

⁴⁰⁷ Vgl. Ebd., S. 369; Vgl. zur Antipsychiatrie und Psychiatriekritik Kapitel 5 der vorliegenden Studie. Es besteht ein Widerspruch zwischen der Kritik an den Medikamenten und der Psychiatriereform in Richtung Sozialpsychiatrie, denn die Kritik an den Medikamenten ging mit der Etablierung der Sozialpsychiatrie und der Verlagerung der Therapie aus den psychiatrischen Kliniken hinaus einher. Gleichzeitig erschien dieser Entgrenzungsprozess erst aufgrund der Medikamente möglich. Vgl. auch dazu Kapitel 5.

⁴⁰⁸ Vgl. Majerus, *Psychiatrie im Wandel*, 2008, S. 369.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

beiden Kliniken in Zürich und Münsterlingen lassen auf Unterschiede bei der Forschung mit Psychopharmaka schliessen. In beiden Kliniken waren die PsychiaterInnen und das Pflegepersonal im Verlaufe der 1960er Jahren damit konfrontiert immer mehr Psychopharmaka zur Verfügung zu haben. Die Diagnose und Therapie psychischer Erkrankungen erfuhr einen Wandel, blieb jedoch schwierig, weil die neuen Medikamente bei weitem nicht besser waren, als die in den 1950er Jahren eingeführten Produkte. Das Personal und die PsychiaterInnen mussten zwischen altbewährten und neuen Medikamenten abwägen. Gleichzeitig bestand vor allem beim Pflegepersonal eine fundamentale Ambivalenz gegenüber den Psychopharmaka, auf die in Kapitel 4 eingegangen wird.

3.4 Fazit: Drei Problembereiche

Die Untersuchung der psychopharmakologischen Forschungstätigkeiten in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich zeigt, dass neben der zuversichtlichen Beurteilung der Psychopharmaka-Prüfungen durch die PsychiaterInnen, auch drei Problembereiche der Prüfungen bestanden.

Erstens bereitete die Beurteilung der medikamentösen Wirkung den PrüferInnen Probleme. Die PrüferInnen dokumentierten mit dem AMP-System den PatientInnenzustand an bestimmten Stichtagen. Das System beinhaltete Zielsymptome für die Beurteilung des Zustandes. Die Daten dienten zur Berechnung der Symptomveränderung über den gesamten Behandlungszeitraum. Für die PrüferInnen blieb aber die Frage bestehen, was sie genau messen würden, da zahlreiche wirkungsmodifizierende Faktoren bestanden. Die Symptomveränderung

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

bei den PatientInnen war daher nicht ausschliesslich auf das Medikament zurückzuführen.

Zweitens entsprach die Diagnose anhand des Handbuchs ICD nicht dem tatsächlichen psychischen und physischen Zustand der PatientInnen. Die Diagnose, auf deren Grundlage die PatientInnenauswahl erfolgte, erwies sich als schwierig, da die Klassifikation von Krankheiten in Anbetracht der Vielfalt von psychischen Phänomenen nur ungenau möglich war.

Die beiden Punkte zeigen die methodischen Probleme, die sich auch auf die Situation der PatientInnen in den Prüfungen auswirkten. Da bei den Prüfungen in erster Linie die Symptomveränderung von Bedeutung war, bestand die Gefahr, dass das individuelle Therapieziel der einzelnen PatientInnen in den Hintergrund geriet. Die Diagnose sollte die Zusammenstellung einer einheitlichen PatientInnengruppe für die Prüfung der Substanz ermöglichen. Mit dem Diagnosehandbuch hatten die PsychiaterInnen ein Hilfsmittel zur Verfügung, um PatientInnen für den Versuch zu bestimmen. Die Diagnose wurde aber der Individualität der einzelnen PatientInnen nicht gerecht und die PatientInnenauswahl für die Prüfungen aufgrund der Diagnose war daher problematisch.

Drittens bestanden Vorbehalte gegenüber der Anwendung und der Prüfung von Psychopharmaka. Die Einstellung der ÄrztInnen der Klinik und des Pflegepersonals war teilweise sehr kritisch gegenüber den Psychopharmaka und den Psychopharmaka-Prüfungen. Nicht alle PatientInnen nahmen freiwillig an den Prüfungen teil und einige verweigerten die Medikation.

Mit der Gründung der Forschungsabteilung im Jahr 1969 hatten sich die PsychiaterInnen eine symbiotisch-konstruktive Zusammenar-

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

beit von Klinik und Forschung erhofft. Mitte der 1970er Jahre mussten sie zur Kenntnis nehmen, dass sich die Psychopharmaka-Prüfungen im Spannungsfeld von konträren methodischen und praktischen Anforderungen befanden. Es entstand aufgrund der vielgestaltigen Schwierigkeiten die widersprüchliche Situation, dass die PrüferInnen einerseits die Behandlungs- beziehungsweise Prüfungserfolge der Psychopharmaka hochhielten, andererseits die Prüfungsergebnisse aufgrund methodischer und praktischer Schwierigkeiten in Frage gestellt waren.

Die Psychopharmakologie hatte zu beispiellosen Fortschritten der Behandlung psychischer Krankheiten geführt und mit der Prüfung neuer Substanzen setzte sich dieser Trend fort. Die Interpretation der Psychopharmaka-Prüfungen durch die PrüferInnen weist aber auch Widersprüche auf. Die ambivalente Beurteilung der Prüfungen wird durch die Problematisierung der Klassifikation psychischer Krankheiten, durch die Skepsis des Pflegepersonals gegenüber der Wirksamkeit der Medikamente sowie durch die Auseinandersetzung zwischen psychoanalytisch und psychopharmakologisch orientierten PsychiaterInnen ersichtlich.

Mit diesen Überlegungen ist die Frage nach den Schwierigkeiten bei der Durchführung von Psychopharmaka-Prüfungen beantwortet. Auch die Beziehung zwischen Therapie und Forschung kam zur Sprache und zeigt die schwierig zu vermittelnden Interessen der beiden Bereiche. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Grenze zwischen Therapie und Forschung verschwimmt. Einerseits durch das Ziel, zwischen Forschung und Therapie eine symbiotische Zusammenarbeit zu entwickeln. Andererseits durch die Tatsache, dass jede Behandlung ein Experiment ist, bei dem die PsychiaterInnen sowohl als Forschende als auch als TherapeutInnen mitwirken.

3 Psychopharmaka-Prüfungen an der PUK 1969-1979

Der Fortschrittsglaube wird durch das eingestandene Nichtwissen der PsychiaterInnen im Bereich der Psychopharmakologie und durch die zahlreichen Schwierigkeiten der praktischen Durchführung der Prüfungen entkräftet. Die Forschung mit Psychopharmaka zeigte, dass das Wissen über die Substanzen und die psychischen Krankheiten nach wie vor sehr begrenzt war. Die Psychopharmaka-Prüfungen brachten nicht nur neues Wissen für die medikamentösen Behandlungsformen hervor, sondern markierte deutlich auch die Defizite des Wissensstandes über die Psychopharmaka.

Die Psychopharmaka-Prüfungen erweisen sich als Debattierfeld, auf dem grundsätzliche Fragen der Psychiatrie in den 1970er Jahren diskutiert wurden. Die 1970er Jahre waren turbulente Jahre für die Psychiatrie, in denen einerseits von aussen eine umfassende Psychiatriekritik formuliert wurde, andererseits Veränderungen in der Klinik aufgrund der psychopharmakologischen Erkenntnisse und der Etablierung der biologischen Psychiatrie stattfanden. Die Artikel zu den Psychopharmaka-Prüfungen bezogen sich folglich nicht nur auf die methodischen und praktischen Probleme bei der Umsetzung der Prüfungen. Die PrüferInnen thematisierten auch die widersprüchlichen Positionen zu den Psychopharmaka. Die Artikel widerspiegeln die unterschiedlichen Meinungen, die zu konfliktgeladenen Auseinandersetzungen inner- und ausserhalb der psychiatrischen Klinik führten.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

Im Jahr 1959 verfasste der US-amerikanische Neurowissenschaftler Seymour Kety einen Bericht über die Evaluierungsprobleme in der Psychopharmakologie. Er kam darin zum Schluss, dass Resultate über neue medizinische und psychiatrische Pharmakotherapien in den ersten Jahren eine extreme Effektivität belegen, dann aber immer pessimistischere Ergebnisse dieses Bild ablösen.⁴⁰⁹ Auch in der jährlichen Berichterstattung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich⁴¹⁰ kann ein ähnliches Phänomen beobachtet werden. Dem anfänglichen Enthusiasmus folgte eine realistischere Beurteilung der Medikamente, die auch auf eine gewisse Enttäuschung im Vergleich zum Optimismus zu Beginn schliessen lässt.⁴¹¹ Während in der Literatur dieses Phänomen mit Zyklenmodellen und handlungstheoretischen Ansätzen zu erfassen versucht wird, konzentriert sich die vorliegende Arbeit im

⁴⁰⁹ Kety, Summary of the Conference, 1959, S. 651.

⁴¹⁰ JB PUK 1954, S. 5; JB PUK 1962, S. 3; Vgl. für eine ähnliche Entwicklung in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen: JB PKM 1963, Jubiläumsbericht 1939-1963, S. 6.

⁴¹¹ Vgl. auch: Snelders/ Kaplan/ Pieters, On Cannabis, Chloral Hydrate, and Career Cycles of Psychotropic Drugs in Medicine, 2006, S. 95; Pieters/ Snelders, Surviving the Seige Cycle and Managing a Double Bind, 2008, S. 165-174.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

folgenden Kapitel auf die Gleichzeitigkeiten und Widersprüche in der Wahrnehmung der Psychopharmaka in den psychiatrischen Kliniken.

Das Kapitel gliedert sich in drei Teile. Der erste Teil befasst sich mit der These, dass mit den Psychopharmaka eine Abkehr von den Kuren stattfand.

Der zweite Teil widmet sich den Forschungsambitionen der PsychiaterInnen, die ihren Beitrag zur Entwicklung der Psychopharmakologie leisteten. Die pharmazeutische Industrie war an den Forschungsarbeiten zu Psychopharmaka aus den psychiatrischen Kliniken interessiert, da diese Belege zur Wirkungsweise der pharmazeutischen Präparate lieferten.

Der dritte Teil setzt sich mit den Interaktionen zwischen den ÄrztInnen, den PatientInnen und dem Pflegepersonal auseinander. Dabei wird deutlich, dass den Psychopharmaka eine zentrale Rolle im Klinikalltag zukam und die Psychopharmaka unterschiedliche Reaktionen bei den ÄrztInnen, den PatientInnen und dem Pflegepersonal hervorriefen.

Die Ausführungen in diesem Kapitel stützen sich auf die Jahresberichte der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Diese Klinik und die Psychiatrische Klinik Münsterlingen korrespondierten mit Firmen der Pharmaindustrie. Briefe, die Psychopharmaka betrafen, werden in diesem Kapitel herangezogen. Weiter wurden Briefe, die andere Kliniken oder PatientInnen an die Klinikdirektoren und Oberärzte richteten, aufgegriffen, um zu zeigen, dass die Psychiater bei Problemen mit Psychopharmaka Ansprechpersonen waren. Diese Quellen beleuchten vor allem die Aussenbeziehungen der psychiatrischen Kliniken.

Anhand von vier zufällig ausgewählten Krankenakten wird zudem die psychiatrische Praxis im Hinblick auf die Durchführung von psy-

chopharmakologischen Kuren und Therapien untersucht. Mit dem Einbezug von zwei einschlägigen Lehrbüchern für Pflegende aus den Jahren 1970 und 1972 ist es möglich die Lehrmeinung bezüglich den Psychopharmaka zu rekonstruieren und in den Bezug zur Praxisebene zu setzen.

4.1 Abkehr von den Kuren

In den 1960er Jahren entschloss sich die Klinikleitung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich vermehrt Tage der offenen Tür zu veranstalten, damit die Bevölkerung keine falschen Vorstellungen über die Klinik entwickeln würde und bestehende Ressentiments abgebaut werden konnten.⁴¹² Feierlichkeiten wie das 25-jährige Jubiläum von Manfred Bleuler im Jahr 1968 waren dazu ein willkommener Anlass. Einblick in die Klinik boten auch die Jahresberichte. Vor allem Erfolgsmeldungen, wie die Einführung von neuen medikamentösen Behandlungsmethoden, die gute Wirkung zeigten, waren darin ein gern beschriebenes Thema.⁴¹³

In den Jahresberichten der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich lassen sich verschiedene Phasen in der Wahrnehmung der neuen Medikamente ausmachen. Ein Jahr nach der ersten Verwendung des Neuroleptikums Largactil hiess es im Jahresbericht:

⁴¹² JB PUK 1968, S. 1, 28.

⁴¹³ Die Jahresberichte der PUK und ein Jubiläumsbericht der PKM untersuchte ich im Hinblick auf die Erwähnung der medikamentösen Kuren und der publizierten Artikel. Dafür verwendete ich ein Codierschema wie für die Fachzeitschriften in Kapitel 3. Siehe Anhang Kapitel 11, S. 361f.

4 *Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980*

Die schon im letzten Jahresbericht erwähnten neuen medikamentösen Behandlungen haben die meisten in sie gesetzten Hoffnungen erfüllt. Sie haben wirksam dazu beigetragen, Heilungen und Besserungen an vielen Patienten zu beschleunigen.⁴¹⁴

Acht Jahre später sind die PsychiaterInnen mit zahlreichen neuen Psychopharmaka konfrontiert, die keineswegs alle Hoffnungen erfüllen und die Auswahl schwierig machen.

Unter den körperlichen Kuren überwiegen heute bei weitem die medikamentösen [...]. Eine wichtige Aufgabe besteht darin, unter der rasch zunehmenden Zahl der angepriesenen neuen Mittel die richtige Auswahl zu treffen. Einerseits müssen die Möglichkeiten, mit neuen Medikamenten Besseres zu leisten als früher, rasch ausgeschöpft werden; andererseits ist es wichtig, nicht jede Neuheit gleich erproben zu wollen, eine gewisse Stetigkeit in der Behandlungsmethodik zu wahren und die bewährten Mittel mit dem günstigsten Verhältnis zwischen Nutzen und Gefahren beizubehalten. Im Bestreben, hier einen richtigen Mittelweg einzuschlagen, haben wir für Kuren am häufigsten verwendet: [...].⁴¹⁵

Das Zitat endet mit der Aufzählung von elf Präparaten, von denen Lar-gactil, Melleril, Serpasil, Taractan, Haloperidol, Tofranil und Vesitan gemäss den Angaben in den Jahresberichten der Klinik zwischen 1960 und 1970 kontinuierlich und oft verwendet wurden.⁴¹⁶ Die Einteilung

⁴¹⁴ JB PUK 1954, S. 5.

⁴¹⁵ JB PUK 1962, S. 3.

⁴¹⁶ JB PUK 1960–1970, diverse Seiten, die Medikamenten waren jeweils unter den durchgeführten medikamentösen Behandlungen genannt. Vgl. zur Veränderung

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

der Psychopharmaka in Neuroleptika, Antidepressiva und Tranquilizer war nicht einheitlich. In seiner Dissertationsschrift zur Verordnung von Psychopharmaka in der Psychiatrischen Poliklinik Zürich schrieb der Psychiater Rudolf Scholian 1982, dass Melleril niedrig dosiert als Tranquilizer angewendet wurde. Im „Index Psychopharmacorum“ der Psychiater Walter Pöldinger und Paul Schmidlin aus dem Jahr 1972 zählte Melleril zu den neuroleptischen Substanzen.⁴¹⁷ Weil Melleril in niedriger Dosierung eine antidepressive Wirkung und kaum Nebenwirkungen zeigte, gehörte es zu den am häufigsten verschriebenen Mitteln. Dies wurde auch dadurch gefördert, dass die Zürcher Kantonsapotheke fünf verschiedenen Dosierungsformen (10, 25 und 100mg und 30 und 200mg in Retardform) anbot.⁴¹⁸ An diesem Beispiel wird deutlich, dass nicht nur der Medikamentenname ausschlaggebend dafür war, ob es sich um ein Neuroleptikum oder einen Tranquilizer handelte, sondern auch die Dosierung.⁴¹⁹

der Berichterstattung über die medikamentösen Behandlungen Kapitel 4.1.2 dieser Arbeit.

⁴¹⁷ Pöldinger/ Schmidlin, Index Psychopharmacorum, 1972. Die ersten fünf im Jahresbericht von 1962 genannten Medikamente sind gemäss dem Psychopharmaka-Index von Walter Pöldinger und Paul Schmidlin Neuroleptika. Tofranil ist ein Antidepressivum. Vesitan war nicht im Index vermerkt. Es handelt sich dabei um ein Gemisch aus Neuroleptikum und Antiparkinsonmittel. Letzteres wirkt gegen das Zittern und die Krämpfe, die als Nebenwirkung des neuroleptischen Mittels auftreten können

⁴¹⁸ Scholian, Analyse der Verordnungen von Psychopharmaka in der Psychiatrischen Poliklinik, 1982, S. 9. Die Retardform bezeichnet eine Arzneizubereitung in Tabletten- oder Kapselform, die den Wirkstoff verzögert abgibt, um eine Langzeitwirkung zu ermöglichen.

⁴¹⁹ Die vorliegende Arbeit lehnt sich an die Gruppeneinteilung des Psychopharmaka-Indexes von Pöldinger/Schmidlin aus dem Jahr 1972.

4 *Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980*

Am Beispiel vom Melleril aber auch aufgrund der Ausführungen von Brigitte Woggon zum freien Dosieren in den Psychopharmaka-Prüfungen, wie sie in Kapitel 3.1.2 aufgegriffen wurden, zeigt sich, dass die Dosierung ein zentraler Aspekt der Geschichte der Psychopharmaka ausmacht. Die Veränderung der Dosierung – PsychiaterInnen sprechen von einer stetigen Zunahme der Dosis seit den 1970er Jahren bis zum Höhepunkt der Hochdosierung und Kombinationsbehandlung im Jahr 1983 – verweist auf das Zusammenspiel von Vorschlägen der Pharmaindustrie und der psychiatrischen Praxis. Dies öffnet ein Debattierfeld, wo es nicht nur um Milligramm und Milliliter geht, sondern auch um die Frage der Definitionsmacht über den medikamentösen Behandlungsplan.⁴²⁰

4.1.1 **Durchgeführte Kuren und Behandlungen**

Im Jahresbericht der Psychiatrischen Klinik Zürich wurden die durchgeführten Kuren notiert und nach Fieberkuren, Schlaf- und Dämmerkuren, Insulinkuren, Elektroschock, Psychochirurgie und Medikamente gegliedert. Im Jahr 1971 schrieb die Klinikleitung, dass mit dem Anstieg der Medikamente die Abnahme der somatischen Kuren, die auch als „grossen Kuren“ bezeichnet wurden, einherging.

⁴²⁰ Pharmaziegeschichte als Geschichte der Dosis würde Erkenntnisse über psychiatrisch-medikamentöse Behandlungsformen liefern, die bisher unberücksichtigt blieben: Warum wurde Anfang 1980er Jahren hoch dosiert und war dies in allen Kliniken der Fall? Veränderten sich die Dosierungsempfehlungen und wer war daran beteiligt? Wie verhielten sich Dosierung und Diagnose? Welchen Einfluss haben nicht-pharmakologische Faktoren wie Krankheitskonzepte, soziale und klinische Umstände sowie Werbeeinflüsse? Vgl. Hell, Pharmakotherapie in der Psychiatrie, 1993, S. 21f.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

Unter den körperlichen Behandlungsverfahren haben die sogenannten „grossen Kuren“ stark abgenommen. Elektroschockkuren wurden noch 6- (26-), Insulinkuren noch 0- (4-)mal durchgeführt. Das Schwergewicht liegt auf den medikamentösen Behandlungen mit beruhigenden und antidepressiven Substanzen, die 1897- (2503-)mal kurmässig angewendet wurden.⁴²¹

Die Auflistung der durchgeführten Kuren und Behandlungen ist die letzte, in der Form, wie sie seit Mitte der 1950er Jahren in den Jahresberichten der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich notiert wurden. In den Klammern stand jeweils die Anzahl des Vorjahres. Im Jahr 1971 wurden keine Insulinkuren mehr durchgeführt und über die Fieber-, Schlaf- und Dämmerkuren berichtete die Klinikleitung 1970 das letzte Mal.⁴²² Der letzte psychochirurgische Eingriff lag zu diesem Zeitpunkt acht Jahre zurück.⁴²³

Ab 1972 gab es keine Ausführungen mehr zu den durchgeführten medikamentösen Behandlungen und den entsprechenden Präparaten. Dies bedeutet nicht, dass keine solchen Behandlungen mehr gemacht wurden, sondern hatte damit zu tun, dass sich die medikamentöse Behandlung etabliert hatte und nicht mehr speziell erwähnt wurde. Dies im Gegensatz zu den „grossen Kuren“, die abgesehen vom Elektroschock, nicht mehr angewandt wurden und deshalb nicht mehr in den

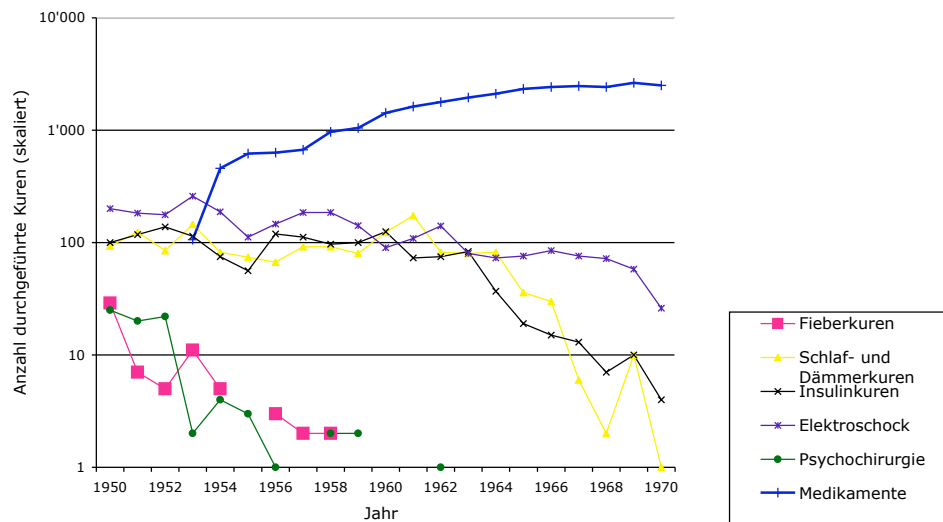
⁴²¹ JB PUK 1971, S. 6.

⁴²² JB PUK 1970, S. 6.

⁴²³ Letztmals war ein psychochirurgischer Eingriff 1962 im Jahresbericht erwähnt, während es zehn Jahre vorher noch 22 Operationen gab. Vgl. Zur Geschichte der Psychochirurgie: Meier, Die Konstruktion von Wissen durch Fallgeschichten, 2006, S. 103-114; Dies., Psychochirurgie, 2007, S. 235-270; Matschke, „Die Lobotomie wird sie nach Hause bringen“, 2010, S. 54.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

Jahresberichten erschienen.⁴²⁴ Mit den Angaben in den Jahresberichten konnte Graphik 2 zur Entwicklung der psychiatrischen Behandlungen im Zeitraum 1950 bis 1970 zusammengestellt werden.



Graphik 2: Durchgeführte Kuren und Behandlungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich in den Jahren 1950–1970.

Die graphische Darstellung der Kuren aufgrund der Angaben in den Jahresberichten, bestätigt das Bild einer *pharmakologischen Wende*, die mit der Einführung der Psychopharmaka stattfand. Vor allem die klassische Schlafkur (Dauernarkose durch hohe Dosen von Schlafmitteln), die äusserst vorsichtig und mit grossem Aufwand durchgeführt werden musste, war Anfang der 1970er Jahre ganz durch die als „leichte Dämmerkur“⁴²⁵ bezeichnete Anwendung von Neuroleptika

⁴²⁴ Da die Berichterstattung zu den Medikamenten 1972 endet und zu den anderen Behandlungen 1970/71 beschränkte sich die Datenerhebung für Graphik 2 auf den Zeitraum 1950 bis 1970. Vgl. auch Tabelle 1 zu den Medikamenten in Kapitel 4.1.2.

⁴²⁵ Grieder/ Schönenberger, Somatische Therapien, 1972, S. 151f.

ersetzt worden. Gleichzeitig wird deutlich, dass die in den 1950er Jahren eingeführten Medikamente die bisherigen Kuren nicht sofort ablösten. Bis Mitte der 1960er Jahre kann ein Nebeneinander verschiedener Behandlungen beobachtet werden. Die Psychopharmaka erwiesen sich im Nebeneinander verschiedener Kuren und Behandlungsformen als „helpful neighbours“.⁴²⁶ Die neuen Psychopharmaka lösten folglich keine Revolution aus, sondern fanden Platz in einem grösseren Feld therapeutischer Möglichkeiten in der psychiatrischen Praxis. Damit verbunden war auch die Suche nach der Sinngebung für die neuen Medikamente im psychiatrischen Behandlungsplan.⁴²⁷

4.1.2 **Berichterstattung über die Medikamente**

Die bisherigen Schilderungen zeigen die Abkehr von den „grossen Kuren“. Gleichzeitig wurden Behandlungen mit Psychopharmaka vorwiegend als medikamentöse Kuren bezeichnet. Die Bezeichnungen „medikamentöse Behandlung“ oder „Therapie“ kamen in den 1970er Jahren auf, waren aber meist mit dem Begriff „kurmässig“ verbunden.⁴²⁸ Bemerkenswert ist, dass die Klinikleitung die Medikamente als Neuheit ganz im Sinne fortschrittlicher Behandlungsmethoden schilderte und gleichzeitig an die bekannte Praxis der Kur anknüpfte. Die Gleichzeitigkeit von neuen Medikamenten und dem alten Kurschema hielt

⁴²⁶ Vgl. Brandenberger/ Tornay, Standardizing Psychoactive Drugs and Drug Uses 1900-1970, Bericht zum Workshop in Utrecht 23./24.04.2009, PDF online im Internet. Darin das Referat von Toine Pieters und Benoît Majerus.

⁴²⁷ Vgl. Majerus, Une stabilisation difficile, 2010, S. 57.

⁴²⁸ Vgl. JB PUK 1971, S. 6; Grieder/ Schönenberger, Somatische Therapien, 1972, S. 151f.; Spoerri, Kompendium der Psychiatrie, 1970, S. 183.

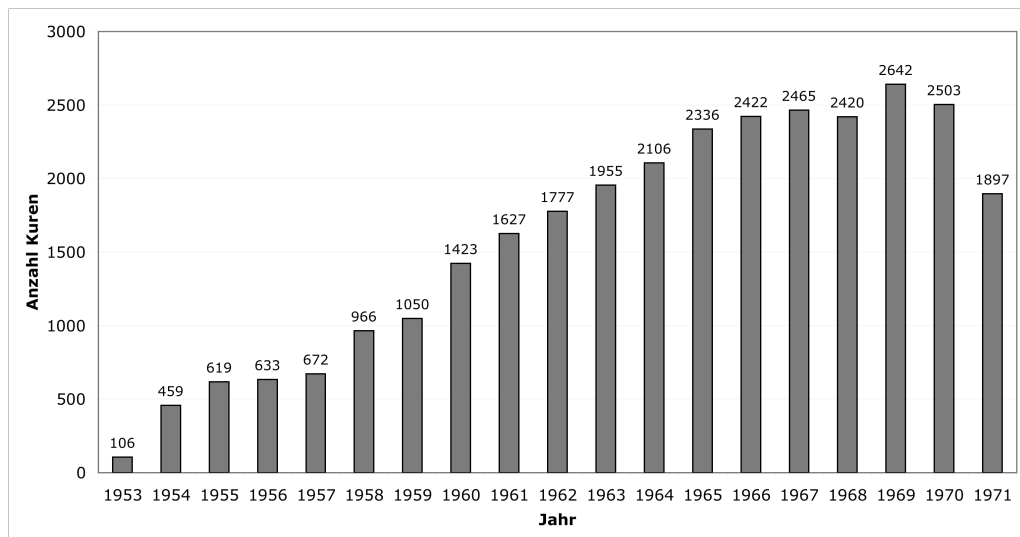
4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

sich in den Jahresberichten der Klinik bis anfangs der 1970er Jahre. Der Wandel von den Kuren zur medikamentösen Therapie setzte mit einem Bruch in der Berichterstattung ein. In den Jahresberichten der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich verschwanden 1972 die Ausführungen zu den Kuren und Medikamenten. Ab 1971 wurden gemäss den Angaben in den Jahresberichten nur noch Behandlungen mit Elektroschock und Psychopharmaka durchgeführt. Ab 1972 wurden die medikamentösen Behandlungen nicht mehr quantitativ aufgelistet. Stattdessen wurde die Anwendung des ersten Depotneuroleptikums, einem Mittel, dass nur noch alle drei Wochen gespritzt werden musste, betont. Zudem gab es Hinweise auf Lithium, das sich als Psychoseprophylaxe weltweit bewährte.

Im Verlauf zwischen 1953 und 1969 nahm die Anzahl der medikamentösen Behandlungen stetig zu. Im Jahr 1970 nahm die Zahl hingegen ab und fällt im darauf folgenden Jahren auf den Stand anfangs der 1960er Jahren. Diese Entwicklung ist in der Graphik 3 dargestellt.

Da die Klinik gemäss eigenen Angaben stark in die Erprobung und Anwendung von Depotneuroleptika involviert war, kann angenommen werden, dass sich dies bereits 1971 auf die Anzahl der medikamentösen Behandlungen auswirkte und deshalb abnahm. Diese Vermutung wird durch folgende Bemerkung im Jahresbericht 1970 bestätigt. Darin hiess es: „Der Rückgang in der Zahl der Behandlungen ist auf eine

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980



Graphik 3: Durchgeführte medikamentöse Behandlungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich in den Jahren 1953–1971.

Verlängerung der Dauer der Kuren bei vermindertem Präparatwechsel zurückzuführen.“⁴²⁹

Bei der Berichterstattung über Anwendung von Medikamenten lassen sich im Zeitraum 1950 bis 1980 drei Phasen unterscheiden. In den Jahren 1950 bis 1959 wurden die durchgeführten medikamentösen Kuren ohne Nennung der Präparatenamen aufgeführt. In einzelnen Berichten finden sich jedoch Hinweise auf die Verwendung von Chlorpromazin, Serpasil oder Phenothiazine und Rauwolfia-Alkaloide.⁴³⁰

Sowohl die zur Verfügung stehenden Mittel als auch ihre Anwendung war innerhalb von 20 Jahren in die Höhe geschneilt, so dass die Jahresberichte nicht mehr ausführlich darüber berichteten. Zu-

⁴²⁹ JB PUK 1970, S. 6.

⁴³⁰ JB PUK 1953, S. 5f.; JB PUK 1955, S. 5; JB PUK 1956, S. 1; JB PUK 1957, S. 1.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

dem war die anfängliche Neuheit der Mittel einer breiten, routinemässigen Anwendung gewichen und deshalb nicht mehr Gegenstand ausführlicher Erläuterungen in den Jahresberichten. Die 1960er Jahre hingegen zeichnen sich dadurch aus, dass in dieser Zeit sehr viel und detailliert über die Medikamente berichtet wurde. Mit den Angaben in den Jahresberichten 1960 bis 1972 lassen sich die angewendeten Mittel bestimmen.

Medikamente und Anzahl Kuren, PUK 1960-1972													
	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972
Largactil	265	218	245	266	356	316	278	219	163	117	104		
Melleril	297	452	451	474	457	405	337	344	271	266	278		
Nitoman	139	26											
Serpasil	291	303	298	143	128								
Taractan	189	256	188	101					42	50			
Tofranil	177	225	146	142	240	167	247	251	186	200	144		
Tryptizol			109										
Vesitan			2	293	261	256	270	275	338	312	246		
Haloperidol			49	121	213	167	156	117	111	127	133		
Dibenzepin			0	83									
Pertofran			75	58									
Amitriptylin			109	69									
Librium			22	36									
Luvatren			0	68					15	41			
Sordinol						146	183	82	110	213	126		
Nozinan					68	234	436	335	398	464	382		
Laroxyl							0	140	176	130	159		
Lithium							23	54	68	51	78	58	80
Valium									53	41			
Noveril									33	60	60		
Entumin									7	55	54		
SUM									126	71	69		
HF 1854									75	71	117		
andere	65	147	83	101	575	645	492	648	248	373	279		
Total Kuren	1423	1627	1777	1955	2298	2336	2422	2465	2420	2642	2229		
Total gemäss Jahresbericht	1423	1627	1777	1955	2106	2336	2422	2465	2420	2642	2503		

Tabelle 1: Medikamentöse Behandlungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich in den Jahren 1960–1972.

Tabelle 1 zeigt die zunehmende Anzahl der zur Verfügung stehenden Mittel.⁴³¹ Nur wenige wurden nur einmalig angewendet und selbst Versuchspräparate wie SUM und HF 1854 kamen über mehrere Jahre zur

⁴³¹ Da es in diesem Kapitel um die Gleichzeitigkeit bei der Bezeichnung der Psychopharmakaaanwendung geht, werden die verschiedenen, im Untersuchungszeitraum vorkommenden Begriffe verwendet, weshalb in der Tabelle von Kuren die Rede ist und in der Tabellenunterschrift von Behandlungen.

Anwendung. Konstante Anwendung fand gemäss der Tabelle das Antidepressivum Tofranil. Durchgehend gehörten die Neuroleptika Melleril und Largactil in den medikamentösen Behandlungsplan. Wobei die Abnahme der mit ihnen durchgeführten Behandlungen mit dem Aufkommen neuer Präparate wie Versitan, Haloperidol, Sordinol und Nozinan zu erklären ist. Vor allem im Falle von Nozinan und Sordinol fällt auf, dass ihre Verabreichung in dem Zeitraum einsetzt, in dem Serpasil und Taractan nicht mehr aufgeführt werden. Bei allen vier Medikamenten handelt es sich um Neuroleptika, Sordinol und Taractan gehören zudem zu gleichen Derivatsgruppe.⁴³²

Die Angaben in Tabelle 1 sind vorsichtig zu interpretieren, weil die neuroleptischen Mittel Serpasil und Taractan auch nach 1963/64 angewendet wurden, wie den Kurblättern in den Krankenakten zu entnehmen ist. Vermutlich fielen sie in die Kategorie „andere“. ⁴³³ Interpretationsschwierigkeiten entstehen auch dadurch, dass über Kuren berichtet wurde aber keine Angaben über die tatsächliche Dauer in Anzahl Tagen oder Wochen bestehen. Im Gegensatz zur Angabe der Tagesdosis, wie dies heute gemacht wird, gibt die Nennung von Behandlungen oder Kuren keinen Aufschluss über Dosis und Dauer. Unklar bleibt zudem in den Angaben der Jahresberichte, ob innerhalb einer Kur, so wie sie von den PsychiaterInnen gezählt wurden, mehrere Präparate zur Anwendung kamen.

⁴³² Pöldinger/ Schmidlin, Index Pharmacorum, 1972, S. 30, 39.

⁴³³ Alle Behandlungen mit einem bestimmten Präparat zusammengezählt ergeben in der Regel die Gesamtzahl der Behandlungen. Bei Angaben aus den Jahren 1964 und 1970 bestehen jedoch Differenzen, die auf fehlende oder falsche Angaben in den Jahresberichten zurückzuführen sind.

4.1.3 Das Beispiel des Patienten Albert G.

Die Krankenakten sind Dokumente, in denen die Erfahrungen mit den Psychopharmaka deutlich werden. Die in ihnen notierten Verlaufsbeobachtungen lieferten den Befund über die Wirkung der Substanzen.⁴³⁴ Die Krankengeschichte wird nicht im Hinblick auf eine bestimmte Fragestellung geschrieben. Sie dokumentiert was aus der Sicht der Psychiatrie bei den PatientInnen vor und während des Klinikaufenthaltes relevant scheint.⁴³⁵ Bis in die 1970er Jahre notierten die PsychiaterInnen und das Personal die medikamentösen Behandlungen auf vorgedruckten Blättern, die für verschiedene Kuren verwendet werden konnten. Oben auf dem Blatt stand „Kur: ___ “ und auf die anschliessende leere Linie wurde die durchgeführte Kur von Hand hineingeschrieben. Entweder stand bei der Kur der Name eines Präparates wie Melleril, Largactil, Serpasil oder „Dämmerkur“ ohne Nennung des Präparates.

Kuren wurden für jeden Patienten auf einem Blatt festgehalten, das in den Krankenakten abgelegt wurde. Die Kurlblätter hielten Patientennamen, Geburtsdatum, Grösse, Gewicht am Anfang und Ende der Kur fest, wobei nicht immer alle Kategorien ausgefüllt wurden. Weiter bestand das Kurlblatt aus sechs Spalten für das Datum und die Zeit der medikamentösen Behandlung, Temperatur/Puls/Blutdruck,

⁴³⁴ Vgl. zum Zugang zu Krankenakten für historische Forschungsarbeiten das Kapitel 7.1.

⁴³⁵ Vgl. Meier, Die Konstruktion von Wissen durch Fallgeschichten, 2006, S. 107. Vgl. zum Anspruch Psychiatriegeschichte als *History from Below* zu schreiben und die PatientInnensicht einzubeziehen: Porter, *The Patient's View*, 1985; Hingegen wird der Anspruch auch problematisiert: Meier/ Bernet/ Hürlimann, *Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870-1970*, 2002, S. 32.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

die verabreichten Medikamente, Schlaf, Beschreibung des psychischen Verhaltens/körperlichen Status. Mit den Angaben auf dem Kurlblatt kann die medikamentöse Behandlung eines Patienten rekonstruiert werden, was im Folgenden anhand eines Beispiels gemacht wird.

Am 23. März 1964 überwies die Klinik Hirslanden in Zürich den Patienten Albert G. an die Psychiatrische Universitätsklinik.⁴³⁶ Der 43-jährige Mann litt gemäss psychiatrischer Diagnose an einer Alkohol-Demenz. Es war sein zweiter Aufenthalt in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Da er unruhig war, bekam er ab dem zwölften Tag in der Klinik Melleril verschrieben. Nach fünf weiteren Tagen in der Klinik ist in der Krankenakte vermerkt, dass der Patient trotz Melleril nicht ruhiger wurde. Gleichzeitig erhielt der Patient mit Mo-Scop und Balophen eine Kombination von Beruhigungs- bzw. Schlafmitteln.⁴³⁷ Mo-Scop ist die Abkürzung für Morphinum-Skopolamin, eine Injektionslösung mit 10mg Morphinum und 1mg Skopolamin, das von Pflegenden der Klinik selbst gemischt wurde.⁴³⁸

⁴³⁶ Der Patientennamen ist folgendermassen anonymisiert; anderer zeitgemässer Vorname, erster Buchstabe das Nachnamens.

⁴³⁷ StAZH, Z 100, KA-Nr. 59397 darin Nr. 60620, Einträge in der vierten und sechsten Spalte auf den Kurlblättern Dämmerkur/Melleril, 03.04. bis 28.05.1964, S. 2-4. Um die Krankenakte im Archiv zu bestellen, braucht es die Aktennummer (hier Nr. 59397) des Ersteintritts des Patienten. Unter dieser Nummer, sind dann die Krankenaktennummern aller weiteren Eintritte (hier Nr. 60620) abgelegt.

⁴³⁸ Vgl. Kuhn, Geschichte und Entwicklung der Psychiatrischen Klinik, 1990, S. 106.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

*Beispiel einer medikamentösen Behandlung des Patienten Albert G.
im Jahr 1964 in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.*⁴³⁹

Beginn Dämmerkur:

3. bis 7.4.1964 mit Melleril und Balo S, MoScop

8. bis 10.4.1964 MoScop und Balo S

11. bis 15.4.1964 Melleril (Dosis 3x100mg vorher 3x50/75mg)

15.4. Pat nach A II versetzt.

18.4. Largactil und am 19.4. Largactil und Melleril zusammen,
dann wird Melleril abgesetzt

18.4. von A II nach C II versetzt, Pat ist unruhig und laut und
rüpelhaft

Erhält ab 20.4. Largactil (50mg) und 3x15 Tr. Haloperidol
zusammen bis 10.5.

18.5. 50mg Largactil und am 20.5. auch. Pat ist laut.

26.5. 3x20 Tr Haloperidol bis 9.6., dann 3x10 Tropfen
Haloperidol, das am 5.7. abgesetzt wird.

28.5. konnte nach A II versetzt werden

Die Aufzeichnungen zur medikamentösen Behandlung des Patienten Albert G. legen dar, dass die geplante kurmässige Behandlung mit Psychopharmaka eine fast zweimonatige Dauermedikation mit mehreren Präparaten war. Dies wirft nochmals ein anderes Licht auf die Ausführungen zu den Medikamenten und Behandlungen in den Jahresberichten. Denn es stellt sich in Anbetracht dieses Beispiels die

⁴³⁹ StAZH, Z 100, KA-Nr. 59397 darin Nr. 60620, Einträge in der vierten und sechsten Spalte auf den Kurbältern Dämmerkur/Melleril, 03.04. bis 28.05.1964, S. 2-4.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

Frage, wie eine solche Behandlung im Hinblick auf den Jahresbericht gezählt wurde, da die Aufzählung entlang der Präparatenamen lief. Eine Behandlung bestand jedoch meist aus mehreren Neuroleptika und Schlafmitteln. Erklärungen zur Zählweise gab es in den Berichten keine.

Der Patient Albert G. erhielt in einem *Trial-and-error*-Verfahren innerhalb von zwei Monaten mit Largactil, Haloperidol und Melleril drei verschiedene Neuroleptika und die Schlaf- beziehungsweise Beruhigungsmittel MoScop und Balo S. Die Durchsicht mehrerer Kurlblätter macht deutlich, dass die medikamentös behandelten PatientInnen während des Klinikaufenthaltes verschiedene Präparate einnahmen und das Beispiel eine gewissen Praxis spiegelt.

Das *Trial-and-error*-Verfahren kam sowohl unter den bekannten Substanzen als auch zwischen diesen und neuen Substanzen zur Anwendung. Unabhängig von den Suchbewegungen der PsychiaterInnen und dem schwierigen Umgang mit der Unzuverlässigkeit mancher Mittel, nahm die Bedeutung der medikamentösen Behandlung stetig zu. Der Jahresbericht von 1973 sprach von der eminenten Bedeutung dieser Behandlungen. Erstmals wird im Jahresbericht der Gebrauch von Medikamenten nicht als Kur bezeichnet. Stattdessen sprach man von psychopharmakologisch behandelten Kranken:

Die Bedeutung der Psychopharmaka ist heute eminent: Stichprobenerhebungen haben ergeben, dass drei Viertel aller Kranken innerhalb der ersten 10 Tage ihres Aufenthaltes in der Klinik ausser psychotherapeutisch, arbeits- und ergotherapeutisch auch psychopharmakologisch behandelt werden, und dass dies

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

ebenfalls für vier Fünftel aller Kranken zutrifft, die sich an einem Stichtag in der Klinik aufhalten.⁴⁴⁰

Der Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Bern, Theodor Spoerri, verwendete in seinem „Kompendium der Psychiatrie. Klinik und Therapie für Studierende und Ärzte“ aus dem Jahr 1970 die Bezeichnung „medikamentöse Therapie“ und verzichtete weitgehend auf den Begriff „Kur“.⁴⁴¹ Im Kapitel „Therapie“ führte Theodor Spoerri die Medikamente, die bereits vor 1953 angewendet wurden und neue Medikamente auf. Neben der korrekten Durchführung der medikamentösen Kuren thematisierte er auch die Abgrenzung zu den bisherigen „grossen Kuren“ mit Insulin und Malariaerregern. Er schilderte darin, dass die Neuroleptika, Antidepressiva und Tranquilizer, im Gegensatz zu den somatischen Behandlungen, in der Psychiatrie im Vordergrund standen. Spoerri schrieb: „[...] die klassische Schlafkur ist ganz durch die leichte Dämmer Schlaftherapie ersetzt [worden].“⁴⁴²

Anders verhielt es sich im Lehrbuch für Schwestern und Pfleger, das 1972 erschien. Darin war die Dämmerkur mit Neuroleptika, wie Abbildung 7 zeigt, folgendermassen aufgebaut.

Das Beispiel der medikamentösen Behandlung des Patienten Albert G. zeigt, dass dieses Schema nicht in den Krankenakten wieder zu finden ist. Mit der medikamentösen Behandlung der PatientInnen mittels verschiedener Präparate veränderte sich die kurmässige Behandlung

⁴⁴⁰ JB PUK 1973, S. 16.

⁴⁴¹ Spoerri, Kompendium der Psychiatrie, 1970, S. 168. Das Buch erschien 1961 erstmals und wurde bis 1970 sechsmal überarbeitet.

⁴⁴² Ebd., S. 183. (Hervorhebungen KB).

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

Beispiel: Largactilkur

Kur- tag	1. Dosis		2. Dosis		3. Dosis		4. Dosis	
	v.gl.	p.os	v.gl.	p.os	v.gl.	p.os	v.gl.	p.os
	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg
1.	–	–	–	–	25	–	–	–
2.	25	–	–	–	25	–	–	–
3.	25	–	25	–	25	–	–	–
4.	25	–	25	–	50	–	–	–
5.	50	–	25	–	50	–	–	–
6.	50	–	50	–	50	–	–	–
7.	50	–	50	–	50	–	25	–
8.	50	–	50	–	50	–	50	–
und so weiter, bis unter Umständen 4×75 mg v.gl. erreicht sind. Dann Umstellung:								
?	75	–	75	–	75	–	50	50
?	75	–	75	–	50	50	50	50
?	75	–	75	–	50	50	25	100
?	75	–	50	50	50	50	–	150
und so weiter...								

Abbildung 7: Kurschema nach Gieder/ Schönenberger 1972, S. 153.

mit Psychopharmaka zu einer Dauermedikation. Obwohl in den Krankenakten, in den Jahresberichten und zum Teil auch in Lehrbüchern bis in die 1970er Jahre die Verwendung der Bezeichnung „Kur“ im Zusammenhang mit den Psychopharmaka vorkommt, kann im historischen Rückblick von einer Abkehr von der Kur gesprochen werden. Es handelte sich weitgehend nicht mehr um Kuren, in denen die PatientInnen über einige Tage oder Wochen hinweg nach vorgegebener Dosis mit dem gleichen Medikament behandelt wurde. Vielmehr fand eine dauerhafte, im Gegensatz zu den Dämmerkuren niedrig dosierte, medikamentöse Behandlung mit mehreren Substanzen statt.

In der Aufstellung der medikamentösen Behandlung des Patienten Albert G. lässt sich neben dem *Trial-and-error*-Verfahren bei der medikamentösen Behandlung auch die psychiatrische Praxis in Bezug auf die Abteilungsverlegung beobachten. Albert G. war zu Beginn seines Klinikaufenthaltes auf der Abteilung C II, die für halbruhige Patienten vorgesehen war. Nachdem er 12 Tage mit sedierenden Medikamenten behandelt worden war, verlegte ihn das Personal auf die ruhige Abtei-

lung A II. Dies wurde in der Krankenakte vermerkt. Bei diesen Aufzeichnungen des Pflegepersonals zeigt sich auch eine Hierarchie der Abteilungen. Bei der Verlegung des Patienten von der ruhigen Abteilung A II auf die halbruhige Abteilung C II wurde das rülpelhafte Verhalten als Grund angegeben und es ist zu vermuten, dass das Pflegepersonal sich gezwungen sah den Patienten zu verlegen. Hingegen war bei der umgekehrten Verlegung von der Abteilung C II auf die Abteilung A II davon die Rede, dass der Patient verlegt werden konnte. Folglich wurden die PatientInnen gezwungenermassen aufgrund ihres Verhalten auf die Abteilung C II verlegt und konnten bei einer Besserung des Zustandes auf die Abteilung A II gebracht werden. In der Krankenakte zeigt sich, dass der Patient eine eigene Meinung zur ruhigen Abteilung A II hatte. Obwohl es ihm, so ist es den Einträgen in der Krankengeschichte zu entnehmen, besser ging, schrieb er im Oktober 1964 dem Klinikdirektor Manfred Bleuler einen Brief, in dem er sich beklagte.

Mit dem Gegenwärtigem möchte ich Sie darauf aufmerksam machen, dass mir die Atmosphäre und das Milieu der Abt. A. 2 je länger desto weniger gefällt. Unter den Patienten (besonders unter den männlichen) befindet sich ja niemand, mit dem ich nähern Kontakt finden könnte. Ich versimpe und versaure noch komplett hier. Die Arbeit im Atelier ist schon recht, aber daneben sollte man doch, ganz allgemein gesagt, eine etwas erheiternde und aufmunternde Umgebung haben. ...⁴⁴³

⁴⁴³ StAZH, Z 100, KA-Nr. 59397 darin Nr. 60620, Schreiben des Patienten Albert G. an Manfred Bleuler, 20.10.1964

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

Albert G. schilderte in seinem Schreiben an den Klinikdirektor, dass ihm die Atmosphäre auf der Abteilung nicht gefiel und er keine näheren Kontakte pflegen konnte. Positiv äusserte er sich zur Arbeit im Atelier, doch neben der Arbeit erschien es ihm wichtig in einem erheiternden Umfeld zu sein. Inwiefern dies überhaupt in der Klinik möglich war, bleibt fraglich. Deutlich wird im Schreiben des Patienten seine Einsamkeit, weil er keinen Kontakt finden konnte. Eine lockere und gelöste Umgebung erschien ihm besonders vor dem Hintergrund seiner Tätigkeit im Atelier wichtig. Die Erholung von der Arbeit durch Austausch und möglicherweise einem Gesellschaftsspiel blieb ihm auf dieser Abteilung versagt. Es leuchtet ein, dass der Kontakt mit anderen in der Klinik ihm vielleicht Erleichterung verschafft hätte. Gleichzeitig wiederholte sich in der Klinik vielleicht auch das, was ihm im gesellschaftlichen Leben widerfuhr, in dem er möglicherweise auch isoliert blieb. Vor diesem Hintergrund war sein Schreiben an den Klinikdirektor nicht nur eine Klage über die Atmosphäre der Abteilung, sondern auch eine Mitteilung aus der Einsamkeit seines Zustandes.

4.1.4 Ein Selbstversuch von Klaus Ernst: Langer, leichter Schlaf

Die medikamentösen Behandlungen mit beispielsweise Largactil führten dazu, dass die PatientInnen in den ersten 18 bis 36 Stunden schliefen. Im Gegensatz zu den Barbituraten und Morphin-Scopolamin bewirkten die neuen Psychopharmaka jedoch einen leichteren Schlaf. In einem Selbstversuch, den der spätere Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Klaus Ernst, im Jahr 1954 zusammen mit seiner Frau durchführte, schildert er den Unterschied. Es handelt sich bei diesem Selbstversuch zwar nicht um ein Beispiel des Klinikalltags,

doch die Ausführungen können Aufschlüsse über die Psychopharmaka in der Klinik geben. In seinem Bericht schrieb Ernst, dass die psychische Veränderung der Patienten durch die Substanz viele Fragen wach rufe. Das Ziel der Versuche sah er darin nach Vergleichen zu bekannten psychopathologischen Bildern zu suchen, die therapeutische Wirkungsweise besser zu verstehen, sich mit dem Verhältnis von Medikament, Arbeitstherapie und Psychotherapie zu beschäftigen und schliesslich „[...] möchten wir erfahren, wie die Wirkung des Stoffes *erlebt* wird.“⁴⁴⁴ Beim Selbstversuch waren abwechselnd seine Frau Cécile und er Versuchsperson und Versuchsleiter.

Beide Versuchspersonen schliefen während der ersten 18 bzw. 36 Std fast dauernd und mussten zu den Mahlzeiten zum Teil geweckt werden. Beide Versuchsleitern fiel auch während dieser schlafreichen Initialphase der völlig normale Aspekt dieses *Schlafes* auf. An Stelle des regungslosen Hingestrecktseins in Rückenlage, wie es der durch Barbiturate und Morphin-Scopolamin Überwältigte zeigt, blieb hier die gewohnheitsmässige Schlafstellung vollkommen erhalten und sogar der periodische Lagewechsel im Schlaf trat in normalen Abständen auf. Das Gähnen und Räkeln beim Einschlafen glich durchaus den Äusserungen normaler Müdigkeit.⁴⁴⁵

Durch diese Schilderung von Klaus Ernst wird deutlich, weshalb die Psychiater und das Pflegepersonal von leichten Dämmerschlaftherapien mit Neuroleptika sprachen. Die PatientInnen

⁴⁴⁴ Ernst, Psychopathologische Wirkungen des Phenothiazinderivates „Largacil“ (=„Megaphen“) im Selbstversuch und bei Kranken, 1954, S. 573.

⁴⁴⁵ Ebd., S. 574.

4 *Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980*

konnten auch unter Einfluss von Medikamenten jederzeit angesprochen und geweckt werden.

Das Bild des spontanen Erwachens glich wiederum dem normalen Erwachen so vollkommen, dass der unbefangene Beobachter nicht an einen medikamentösen Schlaf gedacht hätte. Auch subjektiv konnten beide Versuchspersonen ihr Einschlafen und Erwachen nicht vom Normalerlebnis unterscheiden.⁴⁴⁶

Beim Erwachen blieb keine Trübung des Bewusstseins zurück. Die gesunden Versuchspersonen konnten einschätzen welche Tageszeit war, begriffen die Situation und konnten ungefähr die Dauer der durchgeschlafenen Zeit angeben. Bei den Versuchen mit 40 Kranken, die sich in der Klinik befanden, stellte Ernst eine Übereinstimmung zwischen gesunden und kranken Versuchspersonen fest. Bei beiden Gruppen schien der Schlaf selten qualitativ verändert.⁴⁴⁷

4.2 Forschungsambitionen und Standardisierungsprozesse

Im September 1953 fragte der Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel, Paul Kielholz, seinen Kollegen Roland Kuhn in Münsterlingen an, einen Diskussionsnachmittag über Largactil durchzuführen. Kielholz war der Meinung:

⁴⁴⁶ Ebd.

⁴⁴⁷ Ebd., S. 582.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

Viele Fragen wie: Indikation, Contraindikation, Dosierung, Dauer und Technik der Kur sind noch weitgehend offen und könnten am ehesten durch eine gemeinsame Aussprache aller, die sich mit der neuen Behandlung befassen, gelöst werden.⁴⁴⁸

Die Anfrage aus Basel bestätigt das Bild Kuhns als Psychiater, der mit Interesse und persönlichem Engagement die medikamentösen Behandlungen in die Psychiatrie einbrachte. Wie in Zürich war es nicht in erster Linie der Direktor, der sich mit den neuen Psychopharmaka befasste. Vielmehr waren es junge Oberärzte, wie Kuhn in Münsterlingen und Jules Angst in Zürich, die sich mit der Erprobung und Anwendung von Psychopharmaka auseinandersetzten. Dementsprechend wandten sich die Klinikdirektoren in Fragen zur Psychopharmakologie an die Oberärzte.

Am 19. September 1962 erreichte Manfred Bleuler einen Brief eines Dr. med. Franz B.s mit folgender Schilderung einer medikamentösen Behandlung und einer Augenkrankheit (Glaukom/grüner Star):

Betrifft: Antidepressiva bei Glaukom

Sehr geehrter Herr Professor,

darf ich Sie wenn möglich, kurzgefasst in der folgenden Angelegenheit um Auskunft bitten: Im März dieses Jahres geriet ich nach einem psychischen Stress in einen reaktiv-depressiven Erregungszustand. Daran schloss sich im Mai unter Laroxyl und Bellergal ein Glaukomanfall an. Phenothiazinpräparate lösen

⁴⁴⁸ StATG 9'10, 9.5/0, Schreiben von Paul Kielholz an Roland Kuhn betreffend Diskussionsnachmittag zu Largactil am 28.11.1953 in Basel, 24.09.1953.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

paradoxe Effekte aus, Hypnotherapie mit autogenem Training steigerte die Spannung.

Alter: 50 Jahre. Seit 6 Jahren irritables Colon.

Diagnose: Vegetative Neurose mit reaktiver Depression.

Frage: Welche Antidepressiva könnten Sie unter Berücksichtigung des Glaukoms, d.h. ohne anticholinergischen Effekt, empfehlen?⁴⁴⁹

In diesem Brief schildert der Arzt Dr. B., dass er psychisch erkrankte und zudem an einer Augenkrankheit litt. Seinen Ausführungen lässt sich entnehmen, dass sich nach der Einnahme von Antidepressiva der grüne Star verschlimmerte. Der Betroffene schrieb von einem anticholinergischen Effekt. Cholinerg bedeutet die Eigenschaft auf oder über den Neurotransmitter Acetylcholin zu wirken. Cholinergika sind Mittel, mit denen es unter anderem möglich ist, die Erweiterung des Kammerwinkels im Auge für die Glaukombehandlung zu bewirken. Es handelt sich dabei um drucksenkende Medikamente. Die Schilderung des Betroffenen lässt vermuten, dass die antidepressiven Präparate eine gegenteilige Wirkung hatten (ob sie die Wirkung eines Cholinergikum aufhoben oder den Druck erhöhten wird aus dem Schreiben nicht klar) mit der Folge hatte, dass sich die Augenkrankheit verschlimmerte.⁴⁵⁰ Der Arzt schrieb, dass er nach einem Antidepressivum suche, das keinen solchen negativen Effekt aufwies.

⁴⁴⁹ StAZH, PUK, Nr. 115, Brief von Dr. B. an Manfred Bleuler, 19.09.1962. Der Name ist wie die Patientennamen anonymisiert, weil es sich um einen persönlichen Brief handelt und nicht um einen Austausch über ein Thema unter Fachkollegen.

⁴⁵⁰ Vgl. Flammer, Glaukom, 2009, S. 162f.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

Vor der Beantwortung dieses Schreibens durch Manfred Bleuler, holte dieser die Meinung von Jules Angst ein. Dies ist eine Vermutung, weil dem Schreiben eine Notiz mit dem Kürzel „Ag“ (Angst) beilag. In anderen Fragen zu Versuchen mit Psychopharmaka gibt es Notizen des Sekretariats an Jules Angst: „Herrn Dr. Angst: Herr Prof. Bleuler bittet Sie, zur Frage von Herrn Prof. G. Stellung zu nehmen. Sie können mir einfach sagen, was ich schreiben soll. Vielen Dank!“⁴⁵¹ Im Fall von Dr. B. schrieb Jules Angst in einer kurzen Notiz an Manfred Bleuler, dass es keine Antidepressiva gebe, die bei grünem Star eingenommen werden können. Er schlug jedoch vor, Largactil oder Librium anzuwenden. Diese Empfehlung wurde von Bleuler im Antwortschreiben aufgenommen.⁴⁵²

Aus den Verwaltungsakten geht hervor, dass Fragen zu Medikamenten, die an den Direktor gerichtet waren, von diesem an den Oberarzt weitergeleitet wurden. Sowohl in Zürich als auch in Münsterlingen waren es die ambitionierten OberärztInnen, die mit psychopharmakologischer Forschung ihre Karriere vorantrieben. Kuhn erlangte mit seiner Forschung zu Imipramin weltweite Anerkennung.⁴⁵³ Jules Angst arbeitete als Direktor der Forschungsabteilung zusammen mit Brigitte Woggon, die nach ihrem Medizinalpraktikum am 2. Mai 1970 ihre Assistenzstelle in der Klinik antrat und 1973 Oberärztin wurde. Die

⁴⁵¹ StAZH, PUK, Nr. 115, Notiz vom Sekretariat des Klinikdirektors an Jules Angst, 02.06.1960

⁴⁵² StAZH, PUK, Nr. 115, Notiz von Jules Angst an Manfred Bleuler, zwischen dem 19. und 21.09.1962; StAZH, PUK, Nr. 115, Brief von Manfred Bleuler an Dr. B., 21.09.1962.

⁴⁵³ Vgl. Hell, Roland Kuhn, 2005, S. 29.

Erforschung und Anwendung von Psychopharmaka erwiesen sich seit ihrer Einführung als zukunftsträchtiges Feld, gerade weil viele Fragen betreffend Auswahl, Indikation, Kontradiktionen und Wirkung offen blieben.

4.2.1 Psychopharmakologie als Tätigkeitsfeld

Das Beispiel von Manfred Bleulers Anfrage an Jules Angst, welches Medikament er in diesem bestimmten Fall empfiehlt, macht auch den Generationsunterschied unter den Ärzten in der Klinik deutlich. Auch wenn Bleuler Medikamente anwendete, sich mit Kollegen darüber austauschte und Literatur las, waren die neuen Psychopharmaka nicht Teil seiner Ausbildung zum Arzt und Psychiater gewesen. Gerade weil das Feld der Psychopharmakologie nicht von etablierten Psychiatern in Führungspositionen besetzt war, tat sich für die Oberärzte und Oberärztinnen ein Tätigkeitsfeld auf, in dem sie Platz für Eigeninitiative und selbstständiges Arbeiten hatten. Dies galt sowohl für die Klinik in Zürich als auch in Münsterlingen.

4.2.1.1 Manfred Bleuler, Jules Angst und die Ciba AG

In Kapitel 2.3 der vorliegenden Studie wurde anhand eines Briefwechsels zwischen Manfred Bleuler und der Ciba AG im April und Mai 1959 aufgezeigt, dass die pharmazeutische Industrie die psychiatrische Klinik anfragte, ein neues psychopharmakologische Präparat auszuprobieren.⁴⁵⁴ In der Beschreibung des Präparates mit der Nummer

⁴⁵⁴ StAZH, PUK, Nr. 115, Brief von Manfred Bleuler an die Ciba, 23.04.1959.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

22'679 machte der Firmenvertreter den Vergleich mit dem bekannten Psychopharmaka Marsilid und attestierte der neuen Substanz eine ähnliche Wirkung. Manfred Bleuler zeigte sich interessiert und war durchaus bereit das Mittel bei PatientInnen der Klinik anzuwenden. Er wollte jedoch mit Versuchen noch zuwarten, um mehr über das Präparat zu erfahren.

Vier Jahre später findet sich in der Korrespondenz zwischen der Klinik und der Ciba erneut ein Brief, in dem die Firma für die Erprobung eines neuen Mittels (Präparat Nr. 27'937) anfragte. Wie aus dem Antwortschreiben Bleulers hervorgeht, muss diesem ein Brief vorausgegangen sein, in dem es um die Finanzierung der wissenschaftlichen Arbeit an der Klinik durch die pharmazeutische Industrie ging.⁴⁵⁵ Der Brief vom 26. August 1963, den Bleuler in seinem Schreiben erwähnte, ist darin nicht zu finden. Fest steht hingegen, dass die Ciba im September 1963 beinahe Fr. 12'000.– für die wissenschaftliche Arbeit in der Klinik zur Verfügung stellte. Wofür sich Bleuler in einem Brief an die Direktion der Ciba bedankte.

Sehr geehrte Herren,

Verbindlichen Dank für Ihr Schreiben vom 2.d.M. und vor allem dafür, dass Sie uns den Betrag von Fr. 11'887.65, über den ich Ihnen am 26. August a.c. schrieb, für wissenschaftliche Arbeiten zur Verfügung stellen wollen.

⁴⁵⁵ Für die Jahre 1959 bis 1969 ist im Staatsarchiv Zürich die Korrespondenz der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich mit den vier pharmazeutischen Firmen Sandoz, Hoffmann-La Roche, Ciba und Geigy in einer Standschachtel in vier separaten Mäppchen abgelegt. StAZH, PUK, Nr. 115, Wissenschaftliche Finanzierung durch die Industrie 1959- (Firmenname).

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

Sie regen an, das Präparat 27'937-Ba auf seine antidepressive Wirkung zu prüfen. Grundsätzlich sind wir an einer solchen Prüfung interessiert. Der geeignete Bearbeiter ist unser Oberarzt Herr Dr.med.Jules Angst. Bevor wir aber die entsprechenden Untersuchungen an die Hand nehmen, wäre eine Vorbesprechung mit Ihnen sehr wichtig. Namentlich möchten wir noch wissen, was für antidepressive Wirkungen bereits entdeckt worden sind und an welchen Krankengut, ob dabei schädliche Nebenwirkungen beobachtet wurden und zu welcher Stoffgruppe das Präparat gehört. Wenn Sie die Güte haben wollen, uns darüber aufzuklären, so wäre ich dem Kollegen, der das tut, dankbar, wenn er sich direkt an Herrn Dr.Angst (in unserer Klinik) wenden würde. Ich hoffe, Sie seien damit einverstanden, dass wir die Prüfung nur übernehmen, wenn die bisherigen Ergebnisse vom psychiatrischen Gesichtspunkt aus einen Erfolg mit einiger Wahrscheinlichkeit erwarten lassen.⁴⁵⁶

Die Finanzen fielen in den Zuständigkeitsbereich des Klinikdirektors, der mit der pharmazeutischen Industrie als Geldgeberin enge Kontakte pflegte. Während in der Zeit 1959 bis 1963 der Klinikdirektor von den pharmazeutischen Firmen angefragt wurde, neue Präparate zu erproben und seine Erfahrungen mitzuteilen, ist im Schreiben vom 13. September 1963 eine Veränderung festzustellen. Obwohl die Korrespondenz zur Finanzierung der wissenschaftlichen Arbeit, das heisst auch die Psychopharmakologie, zwischen den Direktoren der Klinik und der pharmazeutischen Firma geführt wurde, forderte Bleuler die Ciba explizit auf, den direkten Kontakt mit Jules Angst zu suchen.

⁴⁵⁶ StAZH, PUK, Nr. 115, Brief von Manfred Bleuler an die Ciba, 13.09.1963.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

Damit war die Basis für die weitere Zusammenarbeit zwischen Industrie und Klinik gelegt. Mit der Gründung der Forschungsabteilung 1969 entstanden dort Stellen, die durch die pharmazeutische Industrie finanziert wurden. Damit stellt sich die Frage nach dem Einfluss der Industrie auf die Forschungsarbeiten in der Klinik, denn eine Kritik an den Psychopharmaka und ihrer Erprobung in der Klinik richtete sich vor allem gegen die Interessen der Industrie.⁴⁵⁷ Die Kritik zielte auf das Profitinteresse der pharmazeutischen Firmen und die Gefahr, dass wissenschaftliche und finanzielle Interessen den klinikalltäglichen Herausforderungen und persönlichen Therapiezielen der PatientInnen vorangestellt würden.⁴⁵⁸ Gemäss den Angaben von Brigitte Woggon entzog sich die Leitung der Forschungsabteilung den Vorgaben und Vorstellungen über die Durchführung von Psychopharmaka-Prüfungen der pharmazeutischen Industrie.⁴⁵⁹

[...] ich wurde zuerst auch aus Drittmitteln bezahlt von der, von einer Firma. Und dann haben wir sehr schnell gesehen, dass das Käsekram ist und haben alle Angestellten in Feststellen umgewandelt. Und das war dann immer ganz lustig, wenn so Prüfungsheinis kamen, die wollten, dass man so und anders macht. Und dann habe ich gesagt, nein ich mache so. Ja aber dann zahlen wir das nicht. Sagte ich, ist mir Wurst ob sie das zahlen, dann machen wir die Prüfung nicht, wir haben selber Geld, wir brauchen sie nicht. Die waren eben gewöhnt, dass

⁴⁵⁷ Vgl. Meier, Ich bin zwar im Irrenhaus den Kältetod des Gefühls gestorben, aber soviel kann ich noch empfinden, 1988, S. 38.

⁴⁵⁸ Vgl. zu aktualisierter Kritik: Rothschild, Viadukte über dem Jammertal Psychiatrie, 2007, S. 69.

⁴⁵⁹ Woggon, Interview vom 15.12.2008.

4 *Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980*

die anderen immer sagten kuschkusch ja wir machen. Und das habe ich von Anfang an und Professor Angst war auch der genau gleichen Meinung, das geht überhaupt nicht.⁴⁶⁰

Ein Faktor, der die Beziehung zwischen Industrie und Klinik beschreibt, sind finanzielle Mittel, die von den Firmen an die psychiatrische Einrichtung flossen. Mit der Gründung der Forschungsabteilung 1969 entstanden Stellen, die durch Drittmittel finanziert wurden. Die Stelle von Brigitte Woggon beispielsweise war 1970 nicht Teil des Stellenetats der Klinik. Die Assistenzärztin aus Deutschland bekam auf der Forschungsabteilung ihre erste Stelle nach dem Studium. Bis 1973 war diese Stelle durch Drittmittel finanziert, das bedeutet durch eine Firma. Im Interview wird sehr deutlich, dass die Verbindung zwischen Klinik und Industrie durch Geld geprägt war, jedoch die Mitsprache- und Bestimmungsrechte der Firmen sehr begrenzt gehalten wurden. In der Erzählweise („ist mir Wurscht / wir brauchen sie nicht / sich nicht abhängig machen“) macht sich auch bemerkbar, dass nicht von einem grundsätzlichen Konflikt zwischen Industrie und Klinik gesprochen werden kann, obwohl die Interessen unterschiedlich lagen. Die Psychiaterin vertrat das Anliegen, trotz finanzieller Verflechtung mit der Industrie, keine Kompetenzbereiche an deren Vertreter abzugeben. Die Ausführungen von Brigitte Woggon legen den Schluss nahe, dass die Verflechtung zwischen Klinik und Industrie durch Abgrenzungsbemühungen der Klinik geprägt war, die weder Werbeträgerin der Industrie sein wollte, noch sich in finanzieller Abhängigkeit sah.

⁴⁶⁰ Ebd.

4.2.1.2 Adolf Zolliker, Roland Kuhn und die Ciba AG

Am 4. Januar 1968 schrieb der damalige Klinikdirektor Adolf Zolliker an den den Direktor der Ciba AG, um sich für den Betrag von Fr. 12'000.– zu Gunsten des wissenschaftlichen Fonds der Klinik zu bedanken.

[...] Sie hatten die grosse Freundlichkeit, mir im Namen der CIBA A.G. den Betrag von 12 000 Fr. zu Gunsten unseres wissenschaftlichen Fonds zu überweisen. Sie haben mich dabei wissen lassen, dass dies vom allem aus Dankbarkeit darüber geschieht, dass Herr Prof. K u h n mehrere Ihrer Präparate klinisch untersucht hat und dies auch weiterhin tun wird. Ich werde deshalb das mir anvertraute Geld vor allem dazu verwenden, die psychopharmakologische Forschung, soweit wir sie hier betreiben können, zu unterstützen. [...]

Ich weiss, dass ich bei der chemischen Industrie sehr wenig bekannt bin, weil meine persönlichen wissenschaftlichen Interessen in etwas anderer Richtung gehen. Ich befasse mich vor allem mit humangenetischen Problemen und bin damit in einer andern Richtung an Grundlagenforschung interessiert. Es scheint mir aber sehr wichtig zu sein, dass jeder seinen individuellen Interessen und Anlagen entsprechend forscht, das Wichtigste ist wohl, dass man überhaupt etwas tut. Dann kommt hinzu, dass plötzlich Zusammenhänge von verschiedenen Wissensgebieten entstehen, die man nicht vorausahnte. So ist es doch sehr eindrücklich, wie genetische Probleme plötzlich zu chemischen Problemen geworden sind.

Ich habe mich übrigens als Oberarzt an der Anstalt für Epileptische mehrere Jahre um neue Anti-Epileptika bemüht. Ich verfolge mit wachem Interesse die Neuroplegika und Antidepressiva und ich kann mich immer wieder in meiner ambulanten

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

Praxis von der Leistungsfähigkeit dieser neuen Medikamentengruppe überzeugen.⁴⁶¹

Die Ciba stellte für den wissenschaftlichen Fonds der Klinik Geld zur Verfügung, das für die Forschungstätigkeiten Roland Kuhns im Bereich der Psychopharmakologie eingesetzt wurde. Dazu zählte die klinische Anwendung von neuen Substanzen der pharmazeutischen Firma, die auf Ergebnisse aus der Praxis angewiesen war um ihre Produkte zu entwickeln und eine mögliche Marktzulassung zu erwirken. Zolliker, der selbst seinen Forschungsschwerpunkt in der Genetik und nicht in der Pharmakologie gesetzt hatte, sah sich verpflichtet, das Geld soweit wie möglich für pharmakologische Forschung in der Klinik zu verwenden.

Auf eine Bewertung der unterschiedlichen Forschungsrichtungen liess sich der Klinikdirektor insofern nicht ein, als er es für wichtig erachtete überhaupt zu forschen. Deutlich wird in diesem Schreiben auch, dass die pharmazeutische Industrie vorwiegend mit PsychiaterInnen in Kontakt zu stehen schien, die im Bereich der Psychopharmakologie ihr Forschungsinteresse hatten. Bemerkenswert ist der Hinweis Zollikers auf die Entstehung neuer Zusammenhänge von verschiedenen Wissensgebieten und die Verschiebung von Problemen in der Psychiatrie. Aus heutiger Sicht lässt sich sagen, dass die genetischen Probleme nicht chemische Probleme geworden waren, sondern, dass das zunehmende Interesse an der Biochemie mit jenem an der Genetik und

⁴⁶¹ StATG 9'10, 9.5/1, Brief von Direktor Zolliker an Professor Bein (Direktion Ciba), 04.01.1968.

4 *Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980*

den Neurowissenschaften einherging.⁴⁶² Es vollzog sich mit dem Aufkommen der Psychopharmakologie keine definitive Verlagerung der Problemstellung und Forschungsschwerpunkte, sondern es fand eher ein Interagieren verschiedener Bereiche einer biologisch ausgerichteten Psychiatrie statt, die gleichzeitig an den psychotherapeutischen Behandlungsansätzen festhielt.

Ob das Schreiben Zollikers auch als Anerkennung der Leistungen des Oberarztes Kuhn gelesen werden kann, ist fraglich. Vielmehr erscheint es als Standortbestimmung des Direktors selbst, der im Dankesschreiben transparent macht, dass das Geld an der dafür vorgesehenen Stelle eingesetzt wird und er die Entwicklung der Psychopharmaka mit Interesse verfolgt. In der ambulanten Praxis und während seiner Tätigkeit in einer Epilepsieklinik hatte er gute Erfahrungen mit den Psychopharmaka gemacht.

4.2.2 Breite Produktpalette und standardisierte Aufzeichnungen

Die Entwicklungen der Psychopharmakotherapie verlief nicht geradlinig, deshalb waren die 1960er Jahre weniger von Neuentdeckungen als vielmehr durch die Prüfungen von Derivaten der bereits entdeckten Substanzgruppen geprägt. Jules Angst sah 1968 „eine gewisse Verlangsamung, wenn nicht gar Stagnation“.⁴⁶³ Zu pessimistisch wollte er jedoch die Situation nicht beurteilen, da die Forschung weiterging „[...]

⁴⁶² Vgl. Kandel, *A New Intellectual Framework for Psychiatry*, 1998, S. 459; Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, 1999, S. 393-408.

⁴⁶³ Angst, *Neuere Entwicklungen der Pharmako-psychiatrie*, 1968, S. 143.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

und es ist jederzeit mit einer erneuten durchschlagenden Entdeckung auf dem Gebiet der Somatotherapie in der Psychiatrie zu rechnen“.⁴⁶⁴ In der Praxis bedeutete dies für die Psychiater mit einer immer grösser werdenden Anzahl von Präparaten, die jedoch kaum alle die in sie gesetzten Hoffnungen erfüllen konnten, zurecht zu kommen und den Überblick zu behalten. Im Jahresbericht der Klinik 1973 hiess es von Seiten der Forschungsabteilung der Klinik: Die Durchführung von Psychopharmaka-Prüfungen werde intensiv fortgesetzt, so auch die klinische und ambulante Behandlung der Patienten mit Medikamenten.⁴⁶⁵

Neben der Menge von Stoffen, die die Auswahl erschwerten, gab es auch noch eine weitere, von der Pharmaindustrie beschleunigte Entwicklung. Die Herstellerfirmen hatten ein Interesse an einer möglichst breiten Indikationsstellung für ihre Substanzen.⁴⁶⁶ Während die PsychiaterInnen eine beschränkte Anzahl Präparate mit einer möglichst spezifischen und effektiven Wirkung wollten, strebten die Herstellerfirmen eine breite Produktpalette und eine noch breitere Indikationsstellung in der klinischen als auch hausärztlichen Anwendung ihrer Präparate an. Die Aufzeichnungen in den Krankenakten dienten den PsychiaterInnen bereits in den 1950er Jahren als Grundlage für das Verfassen von Berichten über ihre klinischen Erfahrungen mit Psychopharmaka. In diesem Zusammenhang entstanden Publikationen in Fachzeitschriftenartikel und Berichte für andere Kliniken und die In-

⁴⁶⁴ Ebd.

⁴⁶⁵ JB PUK 1973, S. 16.

⁴⁶⁶ Vgl. Angst, Leerpräparate in Therapie und Forschung, 1969, S. 10.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

dustrie.⁴⁶⁷ Gerade die Pharmafirmen waren an den Untersuchungen interessiert, weil sie damit über Belege über die Wirkung der Substanz verfügten, die ausserhalb ihrer Labore entstanden.⁴⁶⁸

Die Indikation erwies sich als nur einer von mehreren Interessenkonflikten zwischen der Industrie und der Klinik. Während die PsychiaterInnen vor allem auf Kontinuität in der Behandlung setzten, lag den pharmazeutischen Firmen viel daran, immer wieder ein neues Produkt zu testen und wenn möglich auf den Markt zu bringen. Während die Psychiater trotz der Abkehr von eigentlichen Kuren die Applikation der Medikamente – auch aus Kostengründen – auf einige Tage oder Wochen beschränken wollten, versuchte die Industrie für Dauermedikation zu werben und zielte stark auf den ambulanten Therapiebereich.⁴⁶⁹ In den Interessenkonflikten wird deutlich, wie ambivalent die Rollen der PsychiaterInnen und der Klinik als Werbeträger, die die Muster der pharmazeutischen Industrie anwendeten, waren. Einerseits war die Klinik auf Gratisprobesendungen angewiesen und die PsychiaterInnen wollten mit den neuen Substanzen ihre Behand-

⁴⁶⁷ StAZH, PUK, Nr. 61 und Nr. 61/64, Serpasil-Kuren/ Largactil, Kuren von Dr. Weber 1954.

⁴⁶⁸ Vgl. Balz, 1953 – Megaphen wird zur Wirkung gebracht, 2009, S. 176.

⁴⁶⁹ Vgl. StAZH, PUK, Nr. 61/64, Brief von Manfred Bleuler an die Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich vom 09.11.1953, in dem Bleuler schreibt, dass er, im Gegensatz zur Psychiatrischen Universitätsklinik Basel die Behandlung mit Psychopharmaka in der Minderzahl halte. In Basel hingegen bei so gut wie allen PatientInnen medikamentöse Behandlungen durchgeführt werden.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

lungen und Forschungen fortsetzen, andererseits wollten sie nicht als verlängerten Arm der Industrie gesehen werden.⁴⁷⁰

Um die Übersicht über die durchgeführten Behandlungen mit verschiedenen Medikamenten zu behalten, war in der Klinik die Systematisierung der Aufzeichnungsblätter notwendig. Ende der 1970er Jahre wurden bis anhin separate Aufzeichnungsblätter zu einem Bogen zusammengezogen.⁴⁷¹ Der Bogen enthielt Angaben über die Medikamente, die Notizen und Beobachtungen des Personals (bspw. Zustand des Patienten oder Abteilungsversetzungen), Laboruntersuchungen, besondere Anmerkungen betreffend Ernährung und Verordnungen. Besonders bei den Medikamenten fällt die Vereinheitlichung der Aufzeichnungen auf. Das Personal und die PsychiaterInnen gaben die abgegebenen Medikamente in ein standardisiertes Raster ein, das die Notierung der festverordneten Medikamente ermöglichte. Auszufüllen war das Datum, der Präparatenamen und die Dosis unterteilt in Morgen, Mittag, Nachmittag und Abend sowie der Behandlungsstopp. Verabreichte Reserve Medikamente und Depotmedikamente musste auch auf dem Bogen in einem anderen Feld notiert werden.

Die Klinikleitung vermittelte durch die Jahresberichte den Eindruck, mit dem Abwägen von Gefahr und Nutzen einen vernünftigen Mittelweg zwischen Neuheiten und bewährten Mitteln zu suchen.⁴⁷²

⁴⁷⁰ Vgl. zur industrialisierten Forschung: Hickel, *Die Arzneimittel in der Geschichte*, 2008, S. 475, 484.

⁴⁷¹ StAZH, Z 100, KA-Nr. 58930 darin Nr. 62199, 3. Aufnahme am 26.05.1965, Behandlungsbögen 1979 bis 1986 in einem blauen Mäppchen.

⁴⁷² Zur experimentellen Suchbewegungen der Arzneimittelerprobung: Balz, 1953 – Megaphen wird zur Wirkung gebracht, 2010, S. 169.

4 *Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980*

Der Prozess der Standardisierung bei der Aufzeichnung der medikamentösen Behandlungen war möglicherweise ein Versuch mit den zahlreichen Unsicherheiten, die die neuen Medikamente mit sich brachten, umzugehen. Denn nicht nur die Aufzeichnung konnte so vereinheitlicht werden, auch die Therapie selbst, die Dosis und die Dauer der Behandlung erfuhren durch das Raster eine Standardisierung.⁴⁷³ Aus geschichtswissenschaftlicher Sicht führte die standardisierte Aufzeichnung der medikamentösen Behandlungen dazu, dass die Motive für eine Behandlung oder einen Präparatewechsel kaum aus den Aufzeichnungen in den Krankenakten zu bestimmen sind. Bereits in den Krankenakten, die in den 1960er Jahren entstanden, wurden die Aufzeichnungen und Kommentare zu den medikamentösen Behandlungen und Kuren sehr formal gehalten.⁴⁷⁴

4.3 Interaktionen und Reaktionen

Die Auseinandersetzung mit den Krankenakten und den darin enthaltenen Einträgen zur psychopharmakologischen Behandlung zeigt, dass vier Aspekte der Therapie häufig in den Krankenakten zu finden sind: Sedierung der PatientInnen durch Psychopharmaka, Verweigerung der Medikation durch den PatientInnen, Bemerkung der Patientin zur me-

⁴⁷³ Vgl. Hess, *Psychochemicals crossing the wall*, 2007, S. 64-66; Vgl. Brandenberger/ Tornay, *Standardizing Psychoactive Drugs and Drug Uses 1900-1970*, Bericht zum Workshop in Utrecht 23./24.04.2009, PDF online im Internet. Darin das Referat von Jesper Kragh.

⁴⁷⁴ Vgl. Meier et al., *Zwang zur Ordnung*, 2007, S. 110f.

dikamentösen Behandlung beziehungsweise zu einem bestimmten Präparat und die Aufzeichnung durch das Personal.

Die folgenden Einträge in vier zwischen 1960 und 1964 entstandenen Krankenakten und ihre Interpretation ist keine Analyse eines Musters, sondern versucht die Interaktion zwischen dem ärztlichen beziehungsweise dem pflegerischen Personal und den PatientInnen zu beschreiben.⁴⁷⁵ Dabei gibt es die Praxisebene, die die Sedierung der PatientInnen und der Verweigerung der Medikation durch die PatientInnen beinhaltet. Auf der Ebene des Kommentars gibt es sowohl die Aufzeichnungen des Personals als auch die Bemerkungen der PatientInnen. Wobei diese nicht direkt, sondern vermittelt durch die Aufzeichnungen des Personal erhalten geblieben sind.

4.3.1 Medikationsverweigerung und Sedierung der PatientInnen

Eine 30-jährige Patientin kam im September 1963 zum zweiten Mal in die Klinik. In der Krankenakte wurde notiert, dass die Patientin die Tabletten verschwinden lässt. „2x4mg Serp[asil] Tbl. + 2x1Panalid

⁴⁷⁵ Für die Auswahl der Krankenakten vgl. Kapitel 4.4.1. Krankenakten: StAZH, Z 100, KA-Nr. 58835 darin Nr. 59883, Eintrag vom 14.10.1963 im Rapport und Eintrag vom 31.12.1963 in der Krankenakte, S. 44 und Eintrag vom 03.05.1964 beim Kurlblatt Melleril-Methylperidol; KA-Nr. 56922, Eintrag vom 09.06.1961 Kurlblatt (Melleril)-Largactil; KA-Nr. 49308 darin Nr. 59823, Eintrag vom 27.08.1963 beim Kurlblatt Serpasil-Dämmerkur und Eintrag vom 29.08.1963 im Rapport; KA-Nr. 61617, Eintrag vom 21.12.1964 in der Krankenakte, S. 13.

aber zerdrücken, da Pat. d. Tbl. gerne wegschmuggelt“.⁴⁷⁶ Dementsprechend mussten die Medikamente zerdrückt verabreicht werden. Sie erhielt in den ersten zwei Monaten ihres Klinikaufenthaltes sechs verschiedene neuroleptische Medikamente zur Behandlung einer schizophrenen Erkrankung. Da es ihr nicht gut ging, bat sie wieder Haloperidol zu bekommen. „Bittet wieder Haloperidol nehmen zu dürfen, was ihr gut tue in einer solchen subdepressiven Verfassung“.⁴⁷⁷ Die Rückmeldung der Patientin über die Wirkung eines Medikamentes wurde gemäss der Eintragung in der Krankenakte ernst genommen und sie erhielt daraufhin das gewünschte Mittel. Ein halbes Jahr später wurde eine medikamentöse Kur durchgeführt, wobei sie die Tropfen verweigerte und das Mittel deshalb gespritzt bekam. „Pat. verweigert Haloperidol Tr, daher i/m“.⁴⁷⁸

Verweigerte der Patient die Einnahme von Medikamenten in Tropfen- oder Tablettenform (Tr./Tbl.), wurde das gleiche oder ein anderes Präparat mit der Spritze appliziert (i/m). In einer anderen Krankenakte ist ersichtlich, dass die Verweigerung zur Applikation von Largactil mit einer Spritze führte. Die 27-jährige Patientin kam aufgrund einer schizophrenen Erkrankung am 7. Juni 1961 zum ersten Mal in die Klinik. Nachdem das Mittel zwölf Tage gespritzt wurde

⁴⁷⁶ StAZH, Z 100, KA-Nr. 58835 darin Nr. 59883, Eintrag vom 14.10.1963 im Rapport.

⁴⁷⁷ StAZH, Z 100, KA-Nr. 58835 darin Nr. 59883, Eintrag vom 31.12.1963 in der Krankenakte, S. 44.

⁴⁷⁸ StAZH, Z 100, KA-Nr. 58835 darin Nr. 59883, Eintrag vom 03.05.1964 beim Kurbblatt Melleril-Methylperidol.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

und sich die Patientin gemäss den Eintragungen in der Akte beruhigte, wurde auf ein anderes Präparat in Tablettenform umgestiegen.

(Melleril)-Largactil-Kur

9.6.1961, 3x50mg Melleril Tbl. verweigert am Abend die Medikamente, sehr gereizt

10.6.1961, 3x50mg Largactil i/m⁴⁷⁹

Die Sedierung der PatientInnen durch die Psychopharmaka hatte zur Folge, dass es in der Klinik ruhiger wurde. Verhielten sich PatientInnen unruhig und störten den Ablauf auf den Abteilungen oder die anderen MitpatientInnen, bewirkten die Medikamente meist eine rasche Beruhigung. Auf dem Kurlblatt, das die Serpasil-Dämmerkur einer 35-jährigen Patientin dokumentierte, stand: „Patientin singt und läuft hin und her, schläft nach der Injektion“.⁴⁸⁰ Im Rapport war zwei Tage später vermerkt: „Pat. ist zeitweise sehr erregt u. betriebsam, heute Mittag Teller u. Besteck herumgeworfen, frech u. sehr unsauber an sich selber. Auf verord. von Hrn. Dr. W[...] weiter dämmern“.⁴⁸¹ Wirkten die Medikamente nicht genügend sedierend, kam auch eine Abteilungsversetzung in Betracht. Die Patientin wurde nach dem Zwischenfall am Mittagstisch von der halbruhigen Abteilung F2 in den unruhigen Wachsaal J verlegt.

⁴⁷⁹ StAZH, Z 100, KA-Nr. 56922, Eintrag vom 09.06.1961 Kurlblatt (Melleril)-Largactil.

⁴⁸⁰ StAZH, Z 100, KA-Nr. 49308 darin Nr. 59823, Eintrag vom 27.08.1963 beim Kurlblatt Serpasil-Dämmerkur.

⁴⁸¹ StAZH, Z 100, KA-Nr. 49308 darin Nr. 59823, Eintrag vom 29.08.1963 im Rapport.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

Ein weiteres Beispiel ist ein Patient, Mitte zwanzig, der kaum zu beruhigen war und so sehr auf die anderen PatientInnen einredete, dass diese sich gestört fühlten. Der behandelnde Psychiater notierte:

Er wird zeitweise so gespannt, dass man ein Dreinschlagen befürchten muss. Sonderbarerweise wendet er sich auch an alle Pat. Mehrere derselben kamen beim Betreten der Abteilung mir entgegen, ich müsse Herrn [...] sofort beruhigen. Er wurde deshalb in eine Largactilkur genommen und in der Abt. B2 ins Bett gesteckt.⁴⁸²

Nachdem der Patient sechs Tage in der Klinik war und keine Medikamente erhielt, entschied der Psychiater eine Largactil-Kur durchzuführen. Dies obwohl der Patient sagte, dass er grosse Angst vor medikamentösen Behandlungen habe, weil er Angst habe das Gedächtnis zu verlieren. Inwiefern die Angst vor der Behandlung mit Medikamenten dazu führte, dass PatientInnen ihr Verhalten änderten, um der Behandlung zu entgehen, kann nicht gesagt werden. Es ist jedoch ein Aspekt, der in der Geschichte der psychiatrischen Behandlungsmethoden zu berücksichtigen ist. Obwohl sich die neuen Medikamente in ihrer Wirkung stark von den konvulsiven somatischen Kuren mit Cardiazol und Elektroschock unterschieden, ist zu vermuten, dass manche PatientInnen eine Behandlung fürchteten.⁴⁸³ Das Beispiel des Patienten, der Angst hatte aufgrund der Medikamente das Gedächtnis zu verlieren, legt einen solchen Schluss nahe. Und auch die von Jules

⁴⁸² StAZH, Z 100, KA-Nr. 61617, Eintrag vom 21.12.1964 in der Krankenakte, S. 13.

⁴⁸³ Vgl. McCrae, „A Violent Thunderstorm“, 2006, S. 85.

Angst thematisierten und in Kapitel 3.3.2 der vorliegenden Studie geschilderten Nebenwirkungen, blieben für die PatientInnen und auch für das Pflegepersonal beängstigend.

4.3.2 Ambivalenzen beim Pflegepersonal

Die Historikern Sabine Braunschweig führte Interviews mit ehemaligen Psychiatrieschwestern und -pflegern, die zwischen 1920 und 1960 in der Psychiatrischen Universitätsklinik „Friedmatt“ arbeiteten. Aus den Erzählungen des Personals geht hervor, dass PatientInnen, deren Erregungszustände dem Personal bisher viel Geduld und Selbstbeherrschung abverlangten, unter den Psychopharmaka ruhiger und ausgeglichener wurden.⁴⁸⁴ Braunschweig stellte beim Pflegepersonal eine fundamentale Ambivalenz gegenüber den Psychopharmaka fest. Einerseits begrüßte das Personal die Abnahme somatischer Kuren, andererseits löste die Potenz der Medikamente ein tiefes Unbehagen aus. Die Veränderung der Persönlichkeit und die Sedierung der PatientInnen empfanden sie als unheimlich.⁴⁸⁵ Die Untersuchung von Braunschweig macht deutlich, dass die ruhigere Atmosphäre stark mit den neuen Mitteln zusammenhing und gleichzeitig eine unheimliche Komponente hatte. Aus der historischen Untersuchung geht auch hervor, dass die anfängliche Begeisterung über die neuen Psychopharmaka relativiert

⁴⁸⁴ Braunschweig, Einfluss der Neuroleptica auf den psychiatrischen Pflegealltag, 2007, S. 43.

⁴⁸⁵ Ebd., S. 49f.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

werden musste, weil sie nur einzelnen PatientInnen bessere Lebensqualität brachten.⁴⁸⁶

Im Rückblick auf die Anwendung der ersten Neuroleptika in den 1950er Jahren, beschrieb ein Pfleger der Basler Klinik „Friedmatt“ den Zustand der PatientInnen folgendermassen: „Die Leute, die klebten ja wie Flöhe rum und wurden dick, kriegten verbrannte Gesichter, wenn die Sonne ein wenig schien.“⁴⁸⁷

Etwas weniger plastisch und erschreckend schilderte eine Pflegerin die Wirkung der neuen Medikamente: „Das war schon eine gute Entwicklung. Professor Staehelin sagte einmal, es ist schon gut, aber die Patienten werden langweilig, man hat keine Originale mehr. Sie sind alle gedämpft.“⁴⁸⁸

Diese Beschreibungen veranschaulichen die ambivalente Haltung des Personals gegenüber den Medikamenten. Obwohl die beruhigende Wirkung der Psychopharmaka den Klinikalltag entlastete, erschienen die Nebenwirkungen zu gravierend, als dass die Medikamente das Leben der PatientInnen erleichterten. Auch die Feststellung, dass die sedierende Wirkung die Originalität und Individualität der PatientInnen beschnitt, begründet die skeptische Einstellung des Personals und auch der PsychiaterInnen gegenüber der Wirkungsweise der Substanzen.

Der Schweizer Schriftsteller, Psychiater und Psychiatriepatient Walter Vogt schrieb in seinem Buch „Vergessen und Erinnern“ über seinen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik und thematisierte

⁴⁸⁶ Ebd., S. 50.

⁴⁸⁷ Braunschweig, Wundermittel Largactil, 1994, S. 135.

⁴⁸⁸ Ebd.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

darin auch seine Erfahrung mit den Medikamenten. In einer Passage schildert er die problematischen Nebenerscheinungen und wie sie sich auf seinen Zustand auswirkten.

Man kann meinen Medikamenten die antipsychotische Wirkung nicht absprechen. Wäre nicht gleichzeitig die unterkühlende und versteinende Wirkung so vortrefflich, ich würde längst wieder funktionieren, wie ich immer funktioniert habe – ein normaler, verantwortungsbewusster Mensch unserer Zeit, mit seinem ganz bestimmten Stellenwert im sozialen Gefüge dieser Welt.⁴⁸⁹

Gemäss dieser Schilderung bewirkten die Medikamente unerwünschte Effekte, die den Patienten, wie Vogt schilderte, nicht gesund machen würden. Die unterkühlende und versteinende Wirkung kann in zweifacher Weise interpretiert werden: Einerseits senkten die Medikamente Blutdruck und Körpertemperatur, was dazu führte, dass der Patient oft liegen musste. Dies wiederum hatte zur Folge, dass Bewegungen nur in begrenzter Masse ausgeführt wurden und der Patient in seiner Lage verharrte. Andererseits war mit der Unterkühlung und Versteinung auch die Gefühlsebene gemeint, da emotionale Regungen wie Freude, Lust aber auch Traurigkeit und Wut unter medikamentösem Einfluss kaum mehr empfunden werden konnten. Gleichzeitig schrieb Walter Vogt den Psychopharmaka eine antipsychotische Wirkung zu und gerade der psychotische Zustand war es, der es den Betroffenen kaum mehr ermöglichte, Teil der Gesellschaft zu sein. In dieser Hinsicht hatten die Medikamente das Potential, die Rückkehr zu den ge-

⁴⁸⁹ Vogt, *Vergessen und Erinnern*, 1980, S. 21.

sellschaftlich vorherrschenden Sinnzusammenhängen und Leistungsanforderungen vereinfachen zu können. In Walter Vogts Darstellung kommt jedoch deutlich hervor, dass dieses Potential zwar bestand, von den Nebenwirkungen aber überdeckt wurde.

4.3.2.1 Das Pflegepersonal als Ansprechpersonen

Trotz der Vorbehalte, die gegenüber Largactil und anderen Psychopharmaka bestanden, wurden Therapien und Versuche durchgeführt und spätestens ab den 1960er Jahren gehörten die Medikamente zum psychiatrischen Klinikalltag. Gerade deshalb waren die medikamentösen Behandlungen wichtiger Bestandteil in der Ausbildung zukünftiger PflegerInnen. Die Schulschwester Ida Schönenberger und die Schulleiterin für psychiatrische Krankenpflege Hanna Grieder beschrieben in einem Lehrbuch für Pflegende aus dem Jahr 1972,⁴⁹⁰ dass es für die sorgfältige Durchführung der Behandlung wichtig sei, gut über die Nebenwirkungen der Medikamente informiert zu sein.

Es ist wichtig, dass wir über eventuelle Nebenwirkungen der verschiedenen Medikamente orientiert sind. Aufmerksames Durchlesen der Prospekte hilft uns dabei! (Diese sollten auf

⁴⁹⁰ Das Lehrbuch entstand in einer Gemeinschaftsarbeit der Schule für psychiatrische Krankenpflege Zürich „Südhalde“ und trägt den Titel „Praktische Psychiatrie für Schwestern und Pfleger“. Der Psychiater Helmut Barz war der Herausgeber und Manfred Bleuler schrieb das Geleitwort. Die einzelnen Kapitel wurden von Pflegern, Oberschwestern und Schulleiterinnen verfasst. Im Kapitel „Somatische Therapien“ (S. 148-167) beschrieben Hanna Grieder (Schulleiterin) und Ida Schönenberger (Schulschwester) die verschiedenen Kuren in der Psychiatrie und zeigten Vorbereitungen, Schemen und Komplikationen auf.

4 *Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980*

der Abteilung sortiert vorhanden und dem Pflegepersonal frei zugänglich sein).⁴⁹¹

Aus der Erfahrung des Personals berichten die beiden Autorinnen über die mögliche Verunsicherung des Patienten, nachdem ihm der Arzt die geplant medikamentöse Kur erklärte. Sobald der Arzt als Ansprechperson weg war, richteten sich die Fragen an das Personal. Gerade in diesen Situationen war es gemäss dem Lehrbuch wichtig, über die Medikamente Bescheid zu wissen und Auskunft geben zu können. Dabei spielte auch die persönliche Einstellung des Pflegepersonals gegenüber den Medikamenten eine Rolle.

Dass nicht nur der Arzt, sondern auch das Pflegepersonal genau über die Behandlungen orientiert sein muss, ersieht man aus der folgenden Erfahrung: Der Arzt bespricht mit dem Patienten (sofern dieser dazu in der Lage ist) die beabsichtigte Kur und überzeugt ihn von der Notwendigkeit derselben. Im allgemeinen ist der Patient damit einverstanden. Sobald der Arzt weg ist, ändert sich die Situation. Der Kranke beginnt zu überlegen und bekommt oft Angst. Der Arzt ist nun aber nicht mehr auf der Abteilung, oder er ist mit anderen Patienten beschäftigt. Nun wendet sich der beunruhigte Kranke an die ihn Pflegenden. Jetzt ist es wichtig, dass diese die Angst des Kranken verstehen und möglichst gut und klar seine Fragen beantworten. Er hat das Recht auf Orientierung. Für den Erfolg einer Kur ist es ausserordentlich wichtig, die Mitarbeit eines Kranken zu gewinnen. Unsere eigene Einstellung der Kur gegenüber spielt dabei mit! Es ist günstig, wenn der Kranke,

⁴⁹¹ Grieder/ Schönenberger, *Somatische Therapien*, 1972, S. 149.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

besonders während einer Kur, immer vom gleichen Arzt und Pflegepersonal umsorgt wird.⁴⁹²

Die Ausführungen im „Lehrbuch für Schwester und Pfleger“ verweisen auf mehrere Aspekte des Klinikalltags. Die ÄrztInnen sahen die PatientInnen im Gegensatz zum Pflegepersonal jeweils nur kurz auf ihrer Visite. Die PatientInnen und das Personal waren hingegen sehr viel stärker miteinander beschäftigt und konfrontiert. Deshalb kam dem Personal auch die Aufgabe zu, die PatientInnen über die Medikamente aufzuklären und bei Fragen Bescheid zu wissen. Ein weiterer Aspekt, der zur Sprache kam, war das Bemühen um eine möglichst konstante Pflege. Wie sich jedoch die ambivalente Haltung des Personals gegenüber den Medikamenten mit der Aufgabe, die PatientInnen zur Mitarbeit zu gewinnen, vermitteln liess, bleibt offen. Wie sich Skepsis, Misstrauen und fundamentale Ambivalenz in eine positive und trotzdem differenzierte Einstellung transformieren lassen, war als Aufgabe dem Personal überlassen. Es ist zu vermuten, dass gerade die fundamentale Ambivalenz der Medikamente, die sowohl Heil als auch Verderben versprochen, eine klare Haltung des Personals erforderte. Was das Pflegepersonal wiederum vor die Aufgabe stellte, den nicht zu vermittelnden Widerspruch zwischen ambivalenter Empfindung und einem durch den Klinikalltag begründeten Misstrauen gegenüber den Psychopharmaka aufzuheben oder zumindest auszuhalten. Wie eng rasch lösbare Schwierigkeiten und grundlegende Probleme im Klini-

⁴⁹² Ebd., S. 148.

kalltag bei einander lagen, zeigt das folgende Beispiel, das sich mit allergischen Reaktionen des Pflegepersonals auf Largactil beschäftigt.

4.3.2.2 Hantieren mit Largactil

Das Personal war tagtäglich und erheblich näher als die PsychiaterInnen mit den PatientInnen konfrontiert. Sie beurteilten die Wirkung der Medikamente als ambivalent, da sie die PatientInnen ruhiger machten aber auch schwere Nebenwirkungen zeigten. Zudem empfand das Personal die Stille im Kontrast zu den eigenwilligen Verhaltensweisen, lauten Rufen und groben Ausbrüchen auch als unheimlich.⁴⁹³ Eine Aufgabe des Personals bestand darin, die verschriebenen Medikamente zu applizieren und ihre Beobachtungen im Krankenblatt zu notieren. Ihre Tätigkeiten waren auf die Therapie der PatientInnen ausgerichtet. Das Personal musste sowohl damit umgehen können, wenn die Mittel stark sedierend auf die PatientInnen wirkten als auch wenn sie zu wenig oder gar nicht wirkten. Ein weiterer Aspekt war der Umgang mit Nebenwirkungen wie heftigen Krämpfen, einem Kreislaufkollaps oder der Gefahr eines Sonnenbrandes, weil die Haut der PatientInnen durch die Medikamente empfindlich wurde. Die entsprechende Vorkehrung des Personals war, darauf zu achten, dass gefährdete Patienten sitzen oder liegen konnten und sich im Schatten aufhielten.

Gleichzeitig bestand eine Verunsicherung von Seiten der Klinikleitung und des Personals, die sich nicht auf die medikamentöse Wirkung auf die PatientInnen bezog. In einem Brief des *Ospedale neuropsich-*

⁴⁹³ Vgl. Braunschweig, Einfluss der Neuroleptica auf den psychiatrischen Pflegealltag, 2007, S. 49f.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

iatrico cantonale Ticino in Mendrisio kommt die Sorge um mögliche Auswirkungen von Largactil auf die Befindlichkeit des Personals hervor. Darin wurde die mögliche Gefahr für das Personal beim Hantieren mit dem neuen Mittel angesprochen.

Wir haben in unserem Spital seit über einem Jahr die Largactilkur eingeführt. Das Resultat der genannten Kur war befriedigend; wir haben jedoch beim Pflegepersonal einige Fälle von Allergiezuständen zu beklagen. Obwohl wir gegen diesen Erscheinungen alle Vorsichtsmassnahmen trafen, haben wir unter unseren Leuten einige die eine Ueberempfindlichkeit manifestieren und von Exzem und deren Nebenerscheinungen betroffen wurden. Diese Zustände haben sich so schwer ausgeartet, dass wir uns veranlasst sahen das betroffene Personal auf eine Abteilung zu versetzen wo keine Largactilkur ausgeführt wird. Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie uns einen kurzen Bericht über Ihre gemachten Erfahrungen zukommen lassen würden und ob unter Ihrem Personal solche Fälle aufgetreten sind. Wenn ja, welche Vorbeugungs- un[d] therapeutische Massnahmen von Ihnen unternommen wurden. Existiert die Möglichkeit nach Ihrem Dafürhalten dass die Infektion durch die Atmungsorgane ausgelöst wird?⁴⁹⁴

Daraufhin schrieb Roland Kuhn einen ausführlichen Brief an seinen Kollegen in Mendrisio. Darin sprach er die Probleme mit allergischen Reaktionen beim Personal seiner Klinik an und schilderte detailliert die getroffenen Gegenmassnahmen und Vorkehrungen.

⁴⁹⁴ StATG 9'10, 9.5/0, Brief vom Ospedale neuropsichiatrico cantonale Ticino, Mendrisio an Roland Kuhn in Münsterlingen, 13.05.1955.

4 *Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980*

Im Beginn der Behandlung mit Largactil haben wir bei Schwestern und Pflegern, die viel mit dem Medikament zu tun hatten, Ueberempfindlichkeitserscheinungen gesehen. Es handelte sich z.T. um Personal, das an sich schon zu allergischen und Hautreaktionen neigte und Medikamente schlecht verträgt, z.T. aber auch um vollkommen gesunde Leute. Wir haben sehr rasch Massnahmen ergriffen und haben so keine schweren Sensibilisierungen gefunden. Es genügte, dass wir die betreffenden Schwestern und Pfleger anwiesen, sich nicht mehr mit Largactil zu beschäftigen. Diejenigen, die das Largactil nun verabreichten, mussten Vorsichtsmassnahmen ergreifen und zwar durften sie die Tabletten nicht mehr berühren. Sie haben diese in Löffeln und mit Papierstreifen verabreicht. Ausserdem haben wir das Personal angewiesen, die Largactilflaschen und Tabletten immer in möglichst weiter Distanz von Mund und Nase zu halten und falls diese zerkleinert werden mussten, so vorzugehen, dass kein Staub eingeatmet werden konnte. Auf diese Weise sind bei uns dann während langer Zeit nie die geringsten Ueberempfindlichkeitserscheinungen aufgetreten und auch das ursprünglich sensibilisierte Personal konnte mit den Tabletten wieder umgehen, ohne dass eine besondere Behandlung oder Desensibilisierung durchgeführt worden wäre. Seit einiger Zeit sind die Largactiltabletten nun dragiert. Wir haben nun alle besonderen Vorsichtsmassnahmen weggelassen ausser diejenigen, die bei der Zerkleinerung gelten, und haben gar keine Ueberempfindlichkeit mehr gesehen.⁴⁹⁵

Im Zitat wird der Aufwand, den die Medikamente im Klinikalltag mit sich brachten deutlich. Der Aufwand entstand vor allem dadurch, dass

⁴⁹⁵ StATG 9'10, 9.5/0, Brief von Roland Kuhn an die Direktion der Psychiatrischen Klinik Mendrisio, 20.05.1955.

das Präparat nicht von Anfang an in niedrig dosierten Dragées zur Verfügung stand, sondern aus der Flasche und in Tabletten, die erst noch zerkleinert werden mussten, verabreicht wurden. Mit den dragierten Tabletten fand ein weiterer Standardisierungsprozess statt. Nicht nur die schriftliche Aufzeichnung der Medikation und die Dosierung wurden standardisiert, sondern auch die Mittel selbst. Psychopharmaka erweisen sich vor diesem Hintergrund als standardisierte Industrieprodukte, die wiederum einfacher zu gebrauchen und zu dosieren sind.

4.4 Fazit: Rasche Lösung, langlebige Ambivalenz

Das Kapitel 4 hat sich mit Gleichzeitigkeiten und Widersprüchen im Zusammenhang mit den Psychopharmaka im Klinikalltag auseinandergesetzt. Es konnte aufgrund der Jahresberichte gezeigt werden, dass die Einführung der Psychopharmaka als erfolgreiche Entwicklung in der Psychiatrie interpretiert wurde. Es machten sich aber Probleme bemerkbar, die mit anfänglich hohen Kosten, dann mit der rasch zunehmenden Anzahl der Medikamente verbunden waren. Es konnte gezeigt werden, dass eine Abkehr von der Kur stattfand, auch wenn der Begriff sich noch bis in die 1970er Jahre auch für die medikamentösen Behandlungen mit neuen Psychopharmaka hielt und sich die medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka als Standardbehandlung in der Psychiatrie durchsetzte.

So ambitioniert die jungen ÄrztInnen der psychiatrischen Kliniken die Entwicklung der Psychopharmakologie vorantrieben, so herausgefordert waren sie in Anbetracht zahlreicher Medikamente, welche die in sie gesetzten Erwartungen bei weitem nicht erfüllten. In

4 *Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980*

den Verwaltungsakten finden sich Hinweise auf die Interaktionen zwischen der psychiatrischen Klinik und der pharmazeutischen Industrie. Die PsychiaterInnen legten wert darauf klinische Forschung zu betreiben und Gratislieferungen von Medikamenten zu erhalten. Sie waren gleichzeitig bemüht eine gewisse Konstanz in den medikamentösen Behandlungen zu erreichen und nicht jedes neue Mittel auszuprobieren, was wiederum dem Interesse der Industrie entgegengesetzt war. Die PsychiaterInnen verstanden sich nicht als verlängerter Arm oder Werbeträger der Industrie, sondern entwickelten ein Selbstverständnis, das sich auf eine eigenständige Forschung bezog und sich letztlich am Versorgungsauftrag der Psychiatrie orientierte.

Unabhängig davon, ob mit neuen Substanzen Versuche durchgeführt wurden oder bereits bekannte Mittel auf den Abteilungen zur Anwendung kamen, stets waren die Beteiligten von Neuem damit konfrontiert, das möglichst wirksamste Medikament für den betroffenen Patienten herauszufinden. Im Gegensatz zur Klinik in Zürich führte Roland Kuhn in Münsterlingen vorwiegend Tests mit neuen Substanzen bei wenigen Patienten durch. Die Psychiatrische Universitätsklinik konnte zumindest zu Beginn der Prüfungen auf der Forschungsabteilung von ihrer Eigenständigkeit und Institutionalisierung profitieren und mehr Substanzen an einer grösseren Anzahl PatientInnen durchführen.

Beide Kliniken waren für die pharmazeutische Firmen gefragte Partnerinnen für die klinische Erprobung neuer Mittel und für die Abnahme der bewährten Substanzen. Die Kliniken wiederum waren an einer langjährigen Zusammenarbeit und gratis Probelieferungen interessiert. Da die Produktpalette wuchs erforderte dies vermehrt die Einteilung der Psychopharmaka in verschiedenen Gruppen. Indizes

und Kompendien entstanden in der Zusammenarbeit zwischen Klinikpsychiatern und den Forschungsabteilungen der pharmazeutischen Industrie.

In den Kliniken blieb hingegen die Schwierigkeit bestehen zwischen den neuen Mittel und den bereits bekannten abzuwägen. Während Kuhn die Vielzahl der Stoffe als verwirrend bezeichnete, sah vor allem das Pflegepersonal die ambivalenten Aspekte der Medikamente. „Eine immer bleibende Spannung“ – dieser Satz lässt sich zwar nicht in den Quellen finden, greift aber einen wichtigen Aspekt in der Geschichte über die Psychopharmaka in der Psychiatrie auf.

4.4.1 Die Krankenakten als Quellen

Zu Beginn des Forschungsprozesse im Rahmen der vorliegenden Studie war eine Zufallsstichprobe von n=300 Krankenakten der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen geplant. Für die Stichprobe sollten sozialhistorisch relevante Kategorien wie Alter, Geschlecht, Schicht und Diagnose erhoben werden. Die psychiatrische Praxis der medikamentösen Behandlungen mit Psychopharmaka wurde in vier Aspekte aufgeteilt: Dosierungen, Indikationen, Kombinationen, Applikationen. Forschungsleitend für die Bestimmung der vier Aspekte war das Vorhaben so genannte Psychopharmaka-Stile in den Kliniken auszumachen und miteinander zu vergleichen.⁴⁹⁶

⁴⁹⁶ Vgl. das Codierschema für die Krankenakten im Anhang Kapitel 11, S. 357f.; Vgl. zum Quellenzugang Kapitel 7.1.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

Im Rahmen eines Probedurchlaufs für die Erhebung wurden zufällig 80 Akten der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich gezogen. Die Stichprobe beinhaltete die Klinikeintritte innerhalb des Zeitraums 1950 bis 1969. Von den gezogenen Akten fehlten 4 (5 Prozent), worauf stattdessen der nächste Eintritt im Aufnahmebuch genommen wurde. Damit die Verteilung über den Zeitraum gewährleistet war, wurde dieser folgendermassen unterteilt: 1950-1954, 1955-1959, 1960-1964, 1965-1969. In jedem Zeitabschnitt waren 20 Akten zu ziehen. Für die Bestimmung der Akte diente die Funktion „Zufallszahl“ im Tabellenkalkulationsprogramm.⁴⁹⁷

Bezüglich den medikamentösen Behandlungen lässt sich in den Krankenakten folgendes herauslesen: Die Aufzeichnung der verabreichten Medikamente war meist in den ersten 10 bis 20 Tagen genau beschrieben; dann ersetzten Punkte oder Striche die Eintragungen. Daher ist es unmöglich nachzuvollziehen, ob die Behandlung im gleichen Stil fortgesetzt oder keine oder andere Medikamente angewendet wurden. Auch die Dosierungsangaben bereiteten Schwierigkeiten, weil die gleichen Präparate in verschiedenen Formen als Tablette oder mittels Injektion verabreicht wurden. Die verschiedenen Applikationsformen erschwerten den Vergleich der Dosierung. Manchmal fehlten Angaben zur Dosis und zur Applikation, was in der Stichprobe zu fehlenden Werten führte.

Ein Gitter zur Erfassung der durchgeführten Behandlungen war schwierig zu konstruieren und der Vergleich der beiden Kliniken in

⁴⁹⁷ Vgl. Greenstein, A Historian's Guide to Computing, 1994; Rohlinger, Quellen als Auswahl – Auswahl aus Quellen, 1982.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

Zürich und Münsterlingen bezüglich den Psychopharmaka-Stilen wurde fallengelassen. Aus diesem Grund wurde mit den Krankenakten der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen keine Stichprobe gezogen. Wobei die Betrachtung der Krankenakten zeigte, dass sie sich inhaltlich nicht von jenen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich unterschieden. Es ist zu vermuten, dass in den 1960er Jahren die Medikamente zur Selbstverständlichkeit wurden und sich damit eine ausführliche Behandlungsbegründung in den Krankenakten erübrigte. Zur gleichen Erkenntnis kommt die Psychiatriehistorikerin Sabine Braunschweig, die mit den Krankenakten der Psychiatrischen Universitätsklinik Friedmatt in Basel arbeitete und sich seit den 1990er Jahren im breiten Feld der Pflegegeschichte positioniert hat.⁴⁹⁸

In der Auseinandersetzung mit den probeweise gezogenen Krankenakten wurden praktische Aspekte der medikamentösen Behandlung sichtbar. Das Personal und die PsychiaterInnen notierten bei den medikamentösen Therapien regelmässig Hinweise über den psychischen und physischen Zustand der PatientInnen. Dies wurde auf den Kurblättern vermerkt. Hinweise finden sich auch in Rapporten, die auf den Abteilungen geführt wurden. Beide Dokumente enthielten handschriftliche Notizen und wurden im Gesamtdossier der PatientInnen abgelegt. In diesem enthalten war auch die Krankengeschichte, die mit Schreibmaschine verfasst wurde.

⁴⁹⁸ Braunschweig, Wundermittel Largactil, 1994, S. 127-140; Dies., Pflege – Räume, Macht und Alltag, 2006; Dies., Der Einfluss von Neuroleptica auf den psychiatrischen Pflegealltag, 2007, S. 37-52; Siehe auch Kapitel 4.3.2 in der vorliegenden Studie; Vgl. auch: Meier et al., Zwang zur Ordnung, 2007, S. 110.

4 *Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980*

Besonders auffallend ist in allen Dokumenten innerhalb der Krankenakte – Kurbblatt, Rapport, Krankengeschichte – die häufig vom Pflegepersonal notierte Beobachtung über Unruhezustände und damit verbunden die sedierende Wirkung von deswegen verabreichten Psychopharmaka. Zu den Rückmeldungen der PatientInnen bezüglich ihrer Meinung zu den Medikamenten allgemein oder einem bestimmten verschriebenen Präparat, gibt es ebenfalls zahlreiche Hinweise. Genauso wie die Verweigerung der Medikation und die darauf folgenden Massnahmen des Personals – das heisst das Ersetzen der Medikamente in Tablettenform durch Injektion – in den Unterlagen dokumentiert wurden. Diese vier Praxisaspekte (Sedierung, Verweigerung, Bemerkung des Patienten, Beobachtungen des Personals) der medikamentösen Behandlung sind in Kapitel 4.3 und den darin enthaltenen Unterkapiteln genauer untersucht worden. Die Praxisaspekte erwiesen sich als produktiv für eine Geschichte des Gebrauchs von Psychopharmaka in der psychiatrischen Klinik.

Festzuhalten bleibt, dass die Krankenakten nicht das Material bilden, mit dem das Erleben der PatientInnen einfach abgebildet werden kann. Sie sind aus der Sicht des Beobachters geschrieben und die Optionen das Erlebte nachvollziehbar und sichtbar zu machen sind durch diese Form beschränkt. Zudem sind Krankenakten oft nicht vollständig und nur kursorisch verfasst, so dass der Klinikalltag nicht genau rekonstruiert werden kann.⁴⁹⁹ Der Arbeitsprozess mit den Krankenakten im Staatsarchiv führte in seinem Verlauf immer weiter weg von einer

⁴⁹⁹ Vgl. Balz, 1953 – Megaphen wird zur Wirkung gebracht, 2009, S. 176.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

Stichprobe mit 300 Akten, die den Zeitraum 1950 bis 1970 abdeckten. Die zu Beginn der Quellenarbeit gesetzten vier quantitativen Aspekte der medikamentösen Behandlung (Dosierungen, Indikationen, Kombinationen, Applikationen) verschoben sich zu den qualitativen Aufzeichnungen und Bemerkungen über die Medikamente. Dabei zeigte sich, dass bereits vier Krankenakten genügten, um zu Erkenntnissen zu gelangen.

Es wurden vier Krankenakten ausgewählt, in denen Hinweise auf die Interaktionen zwischen dem Klinikpersonal und den PatientInnen im Zusammenhang mit den Medikamenten zu finden waren. Dabei wurde deutlich, dass die Sedierung der PatientInnen, die Verweigerung der Medikation durch die PatientInnen und ihre Äusserungen zur medikamentösen Behandlung zentrale Aspekte dieser Interaktion waren und in den Krankenakten durch das Personal aufgezeichnet wurden. Aus den Krankenakten lassen sich, vermittelt durch das aufzeichnende Personal, Reaktionen der PatientInnen auf die Medikamente feststellen.

Aufgrund von Auszügen aus Interviews, die mit Pflegenden gemacht wurden und aus den Verwaltungsakten der psychiatrischen Kliniken können verschiedene Reaktionsformen des Personals festgestellt werden. In diesen Schilderungen kommen sehr unterschiedliche Einschätzungen der Psychopharmaka und ihrem Stellenwert im Klinikalltag hervor. Als beispielsweise zu Beginn der Einführung von Largactil in den Kliniken noch keine dragierten Produkte zur Verfügung standen, löste das Hantieren mit dem Medikament bei einem Teil des Personals allergische (Haut-)reaktionen aus. Diese Schwierigkeit konnte in Zusammenarbeit mit der pharmazeutischen Industrie rasch behoben werden, da diese niedrig dosierte Dragées entwickelte. Was wiederum für den in den 1960er Jahren zunehmenden Gebrauch von Psychopharma-

ka im ambulanten Gebrauch eine wichtige Entwicklung darstellte.⁵⁰⁰ Eine sofortige Reaktion, bevor neue Tablettenformen bestanden, war die Verlegung des betroffenen Personals auf Abteilungen, auf denen kein Largactil verabreicht wurde. Wenn auch aus einem ganz anderen Grund, konnten Largactil folglich auch beim Personal und nicht nur bei den PatientInnen zu einer Abteilungsverlegung führen.

4.4.2 Die Frage der *Compliance*

Eine weitere Reaktion auf die Psychopharmaka betraf die beobachteten Nebenwirkungen bei den PatientInnen. Aus den Interviews, die Sabine Braunschweig gemacht hatte, wird deutlich, dass die massiven Wirkungen der neuen Medikamente beim Personal Unbehagen auslösten und auf die unheimliche Komponente der Psychopharmaka verwies. Gerade das Beispiel der allergischen Reaktionen lässt vermuten, dass das Personal, das am eigenen Leib die Aggressivität der chemischen Substanz erlebte, womöglich bei der Abgabe des gleichen Mittels an die PatientInnen zögerten, wobei die Entscheidung über die Medikation letztlich bei den ÄrztInnen lag. Die schwerwiegenden Nebenwirkungen aber auch die stark sedierende Wirkung, stellten für die PatientInnen und das Personal eine Belastung dar. Die daraus resultierende Ambivalenz gegenüber den Psychopharmaka verweist auf die sprichwörtliche Rückseite der gleichen Medaille. Denn die beruhigende Wirkung der Psychopharmaka war im Klinikalltag durchaus erwünscht und vereinfachte den Ablauf auf den Abteilungen.

⁵⁰⁰ Vgl. Kapitel 5.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

Die erwünschten Wirkungen der Psychopharmaka auf die Unruhezustände und psychotischen Schübe der PatientInnen war die Grundlage, auf der lernende PflegerInnen aufgefordert waren eine Einstellung zu den Medikamenten zu entwickeln, die der psychiatrischen Praxis medikamentöser Behandlungen diene. Die (Nicht-)Mitarbeit der PatientInnen stand im Zusammenhang mit dem, was die PflegerInnen über die Psychopharmaka sagten und welche Haltung sie gegenüber ihnen hatten. Damit war angesprochen, was im angelsächsischen Sprachraum als *Compliance* bezeichnet wird.

Compliance bezieht sich auf das Verhalten eines Patienten in Bezug auf die Einhaltung einer ärztlichen Verordnung (bspw. Medikamente oder Diät). Konsequentes Befolgen wird mit *Compliance* gleichgesetzt, wobei es den MedizinerInnen ein Anliegen ist darauf hinzuweisen, dass *Compliance* kein wertender Begriff ist und das Unterlassen der Verordnung nicht als Fehlverhalten des Patienten tadelt. Die *Compliance*-Forschung erreichte in der Medizin Ende der 1970er Jahre einen Höhepunkt, nachdem bereits in den 1940er Jahre zum Thema publiziert wurde.⁵⁰¹

⁵⁰¹ Haynes, Einleitung, 1982, S. 11, 14. Die *Compliance*-Forschung setzte in der Psychiatrie Mitte der 1960er Jahre ein. Zuvor war das Thema der *Compliance* durch Lungenärzte in den 1950er Jahren im Zusammenhang mit Tuberkulose thematisiert worden. Haynes stellt fest, dass die Erfahrung mit *Compliance*, die in der Behandlung von Tuberkulose gesammelt wurden, nicht in die Psychiatrie gelangten, sich dort aber wiederholte. Der fehlende Erkenntnisaustausch mag tatsächlich ein Versäumnis darstellen. Schlichtweg problematisch ist jedoch die Behauptung Haynes, dass Lungenärzte und Psychiater sich mit körperlichen und psychischen Erkrankungen beschäftigten, welche die Allgemeinheit bedrohen und damit die massiven Zwangsbehandlungen erklärt werden können.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

Die Medizinhistorikerin Susan Speaker nimmt in ihrem Artikel zu Tranquilizern in den USA, die im Zeitraum 1955 bis 1980 von Wundermitteln zu Problemmedikamenten wurden, auf das Problem der *Compliance* Bezug. Gemäss ihrer Einschätzung nahm die Mehrzahl der PatientInnen die ambulant verschriebenen Medikament nicht ein. *Compliance* beziehungsweise die *Non-Compliance* stellte für die ÄrztInnen ein grosses Problem dar, worauf zwischen 1955 und 1970 über fünfzig Studien zum Thema entstanden. Speaker schreibt, dass diese Studien zeigten, dass 25 bis 50 Prozent der PatientInnen nicht die verschriebenen Medikamente einnahmen. Andere nahmen wegen Nebenwirkungen, unklaren Dosierungsvorgaben oder der Angst die Kontrolle zu verlieren und abhängig zu werden kleiner Dosen ein.⁵⁰²

Das Problem der *Compliance* bestand und besteht in erster Linie in der ambulanten Behandlung, den in der stationären Psychiatrie wird die Einnahme der Medikamente kontrolliert. Wie Hanna Grieder und Ida Schönenberger im Lehrbuch aus dem Jahr 1972 schrieben, lag es an den Pflegenden die PatientInnen von der Notwendigkeit und Nützlichkeit der Medikation zu überzeugen. Mit welchen Mitteln diese Überzeugungsarbeit geleistet wurde, ist der wunde Punkt der stationären Psychiatrie, denn hier zeigt sich die Zwangsproblematik in ihrer ganzen Tragweite, die für alle Beteiligten belastend war und ist.⁵⁰³

⁵⁰² Diese Erkenntnis widerlegt die Behauptung, dass in den 1950er und 1960er Jahren AmerikanerInnen grosse Mengen verschriebener Medikamente konsumierten. Vgl. Speaker, From „Happiness Pills“ to „National Nightmare“, 1997, S. 358.

⁵⁰³ Vgl. Finzen et al., Hilfe wider Willen, 1993, S. 9.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

Die Versuche mit neuen Substanzen und die Anwendung der Psychopharmaka wurden durch Verwaltungsvorschriften und Deklarationen in geordnete Bahnen gelenkt.⁵⁰⁴ Für die therapeutischen Forschung wurden Grundlagen formuliert und Richtlinien aufgestellt und für die psychiatrische Praxis galten die Anforderungen des *Informed Consent*.⁵⁰⁵ Doch letztlich blieben die Psychopharmaka selbst als standardisierte und regulierte Industrieprodukte „nicht gezähmte“ Substanzen, weil die Begegnung zwischen menschlichen Körpern und chemischen Substanzen stets riskant ist.⁵⁰⁶ Dies macht Psychopharmaka zu prekären Stoffen.⁵⁰⁷ Die Prekarität ist nicht die chaotische Rückseite der Standardisierung und Sicherheit, sondern die letztlich immer bleibende Spannung, da auch Standardisierungen nie in absoluter Kontrolle enden.⁵⁰⁸ Ein Thema, das das Pflegepersonal und die PatientInnen weit mehr zu beschäftigen schien, als die PsychiaterInnen. Psychopharmaka waren und sind hochpotente Mittel deren Wirkung sowohl Anlass für Hoffnung auf Linderung als auch Anlass für Befürchtungen ist. Das Pharmakon trägt die Ambivalenz bereits im Namen, der gleichzeitig Gift und Arzneistoff bedeutet und darauf verweist, dass die Wirkung von Pharmaka zwischen Heilung und Ver-

⁵⁰⁴ Vgl. Griesecke et al., Kulturgeschichte des Menschenversuchs im 20. Jahrhundert, 2009, S. 8; World Medical Organization, Declaration of Helsinki 1964, 1996, S. 1448-1449; Vollmann, Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie, 2000.

⁵⁰⁵ Vgl. Kapitel 2.3.3.2 in der vorliegenden Studie.

⁵⁰⁶ Pignarre, Psychotrope Kräfte, 2006, S. 70; Vgl. zum Standard als kulturelles Beruhigungsmittel: Tanner, Standard and Modernity, 2009.

⁵⁰⁷ Vgl. AG Prekäre Stoffe, Grundsatzthesen, online im Internet.

⁵⁰⁸ Vgl. Rheinberger, Precarious Substances: A Brief Commentary, 2008, S. 181.

4 Psychopharmakagebrauch im Klinikalltag 1950–1980

derben oszilliert.⁵⁰⁹ Diese Ambivalenz prägte von Anfang an die klinische Forschung und die Therapie mit Psychopharmaka und machte aus den Substanzen prekäre Mittel, die selbst nach erfolgreicher Prüfung im Klinikalltag und in der ambulanten Anwendung prekär blieben. Mit der Anwendung von Psychopharmaka in der ambulanten Praxis ist eine Entwicklung angesprochen, die im folgenden Kapitel 5 thematisiert wird.

⁵⁰⁹ Vgl. NZZ, Begriffe zur Lehre der Arzneimittel, 25.07.1994, S. 21.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

Die Verwendung von Psychopharmaka hatte ihren Ausgangspunkt in den psychiatrischen Kliniken. Dort wurden die ersten Substanzen ausprobiert und wanderten dann, bildlich gesprochen, mit den PatientInnen aus der Klinik heraus in die Gesellschaft hinein.⁵¹⁰ Verbunden mit diesem Prozess war die institutionelle Entgrenzung der Therapie.

Die vorangegangenen Kapitel 2, 3 und 4 widmeten sich den Psychopharmaka in den psychiatrischen Kliniken. In den Kapiteln wurde vereinzelt darauf hin gewiesen, dass die zwei Themen Zwang und ambulante Behandlung sowie die Rolle der pharmazeutischen Industrie im Hinblick auf die Psychopharmaka nicht nur Teil der psychiatrischen Praxisebene waren, sondern in diskursiven Feldern eingebettet vorkamen. In Kapitel 5 dienen deshalb nicht Quellen, mit denen die Praxisaspekte beleuchtet werden können, als Grundlage. Vielmehr wird mit internationalen Studien zur Entwicklung der Entlassungsraten, mit Werbematerial der pharmazeutischen Firma Geigy und mit der Auseinandersetzung mit psychiatriekritischer Literatur die Entgrenzung der Therapie thematisiert. Dabei geht es nicht darum zu

⁵¹⁰ Vgl. Finzen, Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen, 1984, S. 14; Kritisch zu dieser Entwicklung und zur damit verbundenen Rolle der Pharmaindustrie: Healy, *Let Them Eat Prozac*, 2004; Ders., *The Creation of Psychopharmacology*, 2002.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

zeigen, dass sich der Gebrauch von Psychopharmaka in den 1960er Jahren immer mehr in die Hausarztpraxen und den alltäglichen Konsum verlagerte. In Kapitel 5 wird angesprochen, dass die Einführung von Psychopharmaka in den Kliniken und die Entgrenzung der Therapie Prozesse darstellen, die in den 1960er, 1970er und 1980er Jahren von PsychiaterInnen, SoziologInnen und anderen ForscherInnen untersucht und beschrieben wurden. Einige der in diesem Zusammenhang entstandenen Texte werden in diesem Kapitel aufgegriffen.

Das Kapitel ist thematisch gegliedert und widmet sich in Kapitel 5.1 der unterschiedlichen Interpretation der Entlassungsraten im Zusammenhang mit Psychopharmaka. Im Untersuchungszeitraum nahm die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der PatientInnen in den Kliniken ab, wobei gleichzeitig die Aufnahmezahlen stiegen. Die raschere Entlassung aus der Klinik war Gegenstand verschiedener Studien, unter denen sich idealtypischer Weise zwei Gruppen ausmachen lassen. Die einen Texte schrieben die Entlassungsraten in erster Linie dem Gebrauch von Psychopharmaka zu. Andere Texte zeigten ein komplexeres Bild und machten in den politischen Forderungen nach gemeindenahe, sozialpsychiatrischer Versorgung einen zentralen Aspekt im Zusammenhang mit der Entwicklung der Entlassungsraten aus.

Die Verschreibung von Psychopharmaka war in der Klinik und in den ärztlichen Praxen von einem *Genderbias* geprägt. Im Untersuchungszeitraum wurden sowohl innerhalb der Klinik als auch in den Arztpraxen signifikant mehr Frauen Psychopharmaka verschrieben als Männern. Ein empirischer Befund, der auch für die Verschreibungs-

praxis im 21. Jahrhundert gilt.⁵¹¹ Kapitel 5.2 nimmt den *Genderbias* bei der Verschreibung von Psychopharmaka zum Ausgangspunkt, um die Medikamente im Zusammenhang mit der Frauenfrage aber auch mit der Diagnose „Depression“ zu thematisieren. Die Auseinandersetzung mit den Psychopharmaka als Werbeprodukte der schweizerischen, pharmazeutischen Firma Geigy liefert interessante Befunde zur Geschlechterthematik. Während sich die Auseinandersetzung mit den Studien zur Entlassungsrate aber auch zur geschlechtsspezifischen Verschreibungspraxis auch auf angelsächsische Texte stützt, konzentrieren sich die Ausführungen zur Kritik an der Psychiatrie und den medikamentösen Behandlungsmethoden in Kapitel 5.3 auf Diskussionen in der Schweiz. Die Psychiatriekritik in der Schweiz darf jedoch nicht als eine isolierte Erscheinung gesehen werden, denn die VertreterInnen standen im Austausch mit dem europäischen Umfeld.⁵¹² Die ausgewählten Studien und Diskussionsbeiträge dienen einerseits zur Schilderung der in ihnen thematisierten Entwicklungen, andererseits sind diese Texte wiederum selbst historisierbar.

In Kapitel 5.4 werden die Implikationen der Kritik an der Psychiatrie für die Geschichtswissenschaft Ende des 20. und Anfang des 21.

⁵¹¹ Vgl. Meier et al., *Zwang zur Ordnung*, 2007, S. 112; Vgl. World Health Organization, *Gender and Mental Health* 2002, online im Internet; Vgl. zu Medikamenten- und Drogenkonsum im Zusammenhang mit Veränderungs- und Angleichungsprozessen von weiblich-männlichen Körperbildern und Geschlechterrollen: Vogt, *Frauen, Männer und Medikamente*, 2006, S. 41-53.

⁵¹² Die Kritik an der Psychiatrie beziehungsweise antipsychiatrische Strömungen hatten ihre Ausgangspunkte in Frankreich, Italien, England und den USA anfangs der 1960er Jahre und wurden etwas verzögert auch in der Schweiz aufgegriffen. Aus diesem Grund befasst sich die vorliegende Studie mit einem Dossier zu Psychopharmaka, das 1988 erschien, obwohl dies streng genommen ausserhalb des Untersuchungszeitraums liegt. Vgl. auch Kapitel 6.

Jahrhunderts aufgenommen. Die Psychiatriekritik und die Hinweise auf die problematischen Aspekte in der Geschichte der Psychiatrie haben dazu beigetragen, dass sich eine Psychiatriegeschichtsschreibung etablieren konnte, welche die psychiatrischen Kliniken als Schauplatz höchst sensibler Fragen sieht und die versucht die Interaktionen der Klinik mit anderen Institutionen zu erfassen.

Das letzte Kapitel 5.5 stellt einen Exkurs dar, in dem auf aktuelle psychopharmakologische Entwicklungen eingegangen wird, die vor dem Hintergrund der Entgrenzung der Therapie gesehen werden können. *Enhancement* ist darin das zentrale Stichwort, anhand dem gezeigt wird, dass es im 21. Jahrhundert ein Glaube an die Wundermittel gibt und dass die Grenze zwischen Therapie und Leistungssteigerung mit Psychopharmaka neu definiert wird.

5.1 Psychopharmaka und Entlassungsraten

Die Psychopharmaka unterschieden sich in einem Punkt sehr wesentlich von den bisherigen psychiatrischen Behandlungen. Im Gegensatz zu den Fieber-, Insulinkuren und Elektroschockbehandlungen war es möglich, die Medikamente auch ausserhalb der Klinik einzunehmen, womit die Therapie bei der Entlassung aus der Klinik fortgesetzt werden konnte.

Mit der Einführung der Neuroleptika, Antidepressiva und Tranquilizer findet sich in den Krankenakten immer häufiger eine Eintragung am Schluss des Klinikaufenthaltes: die Entlassungsmedikation. Dabei wurde das Präparat, die Anzahl Dragées oder Tropfen und die Dosis notiert. Neben den mitgegebenen Medikamenten erhielten PatientInnen auch ein Rezept. Im Entlassungsgespräch vereinbar-

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

ten PsychiaterInnen und PatientInnen, dass die Hausärztin oder die psychiatrische Poliklinik aufzusuchen seien, sobald die Medikamente aufgebraucht waren. Damit verbunden war auch die Empfehlung, dass der Patient oder die Patientin sich weiterhin in ärztliche Behandlung begeben sollte. In diesen Gesprächen kurz vor dem Klinikaustritt fand auch die psychiatrische Poliklinik Erwähnung. In der Poliklinik wurden Nachkontrollen durchgeführt und wenn nötig neue Rezepte ausgestellt. Zudem konnte dort beim Patienten nachgefragt werden, ob die verschriebenen Medikamente überhaupt eingenommen wurden.⁵¹³ Damit wurde die Trennungslinie zwischen Klinik und Gesellschaft durchlässiger. Es zeichnete sich eine institutionelle Entgrenzung der Therapie ab.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der PatientInnen in den psychiatrischen Kliniken nahm im Zuge der medikamentösen Therapiemöglichkeiten ab.⁵¹⁴ In der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel konnte für den Zeitraum 1940 bis 1963 eine Abnahme der durchschnittlichen Hospitalisierungsdauer bei gleichzeitiger Zunahme der Ein- und Wiedereintritte beobachtet werden. Die Auswertung der Untersuchung aus dem Jahr 1967 ist in der Abbildung 8 dargestellt und ist dem „Kompendium der Psychopharmakotherapie“ von Walter Pöldinger aus dem gleichen Jahr entnommen.⁵¹⁵ Gemäss dieser Abbildung ist

⁵¹³ Vgl. StAZH, Z 100, KA-Nr. 56922, 1. Aufnahme, Krankengeschichte S. 16 und Kurblatt S. 3, Einträge vom 19.08.1961; Nr. 49308 darin KA-Nr. 59823, 4. Aufnahme, Krankengeschichte S. 58, Eintrag vom 11.09.1963; KA-Nr. 58835 darin Nr. 59883, 2. Aufnahme, Krankengeschichte S. 47, Eintrag vom 30.07.1964.

⁵¹⁴ Vgl. Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 1999, S. 418.

⁵¹⁵ Pöldinger, Kompendium der Psychopharmakotherapie, 1967, S. 30. Weitere Studien für die Schweiz: Briner, Erfolg der Pharmakotherapie im

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

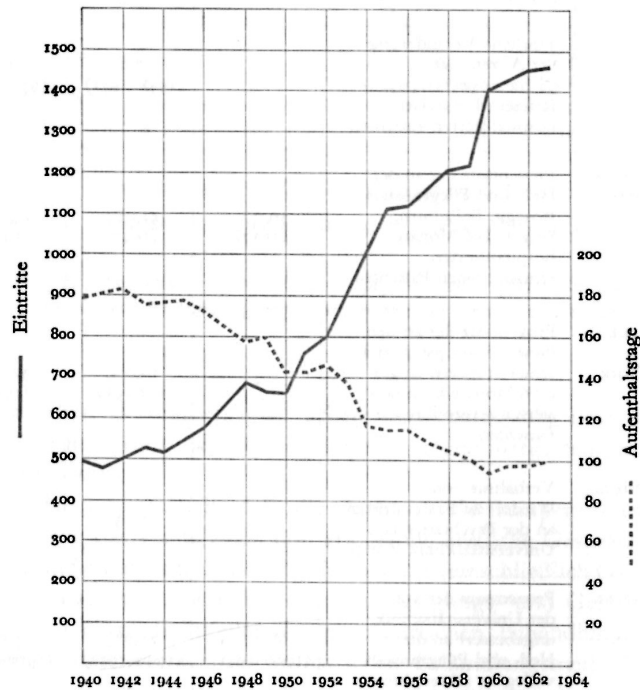


Abbildung 8: Eintritte (linke Skala) und durchschnittliche Aufenthaltsdauer (rechte Skala) der Patienten an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel, 1940–1963.

ersichtlich, dass seit 1942 die Anzahl der Eintritte kontinuierlich stieg, während die Aufenthaltsdauer abnahm. Die Einführung von Psychopharmaka zwischen 1952 und 1954 fällt zusammen mit einem drastischen Rückgang der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer um 25 Tage, eine Abnahme, die im gesamten abgebildeten Zeitraum nicht festzustellen ist.

psychiatrischen Krankenhaus und dessen Anpassung an die neuzeitlichen Behandlungsmethoden, 1959; Stoll, Die Pharmakotherapie und das psychiatrische Krankenhaus, 1959.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

Die in Abbildung 8 dargestellte Entwicklung erfuhr sehr unterschiedliche Interpretationen, die von der Hoffnung auf gesellschaftliche Integration der Kranken bis zur abwertenden Bezeichnung der „Drehtürpsychiatrie“ reichten. „Drehtürpsychiatrie“ bezeichnet das Phänomen, dass PatientInnen in die Klinik gehen, dort medikamentös eingestellt werden, die Klinik verlassen, bis in der nächsten Krisensituation der gleiche Ablauf wieder beginnt.⁵¹⁶

Ob und in welchem Masse ein Zusammenhang zwischen Psychopharmaka, Entlassungsraten und Integration der PatientInnen in der Gesellschaft bestand, war Gegenstand zahlreicher Studien und Diskussionen. Der Schweizer Psychiatriekritiker Urs Ruckstuhl schrieb 1988, dass PsychiaterInnen jeglicher Richtung keine Formel so leichtfertig auf der Zunge läge wie: „Dank den Psychopharmaka können heutzutage die meisten psychiatrischen Patienten frühzeitig aus der Klinik entlassen und erfolgreich in die Gemeinden eingegliedert werden!“⁵¹⁷

Gemäss einer Studie der PsychiaterInnen Leon Epstein, Richard Morgan und Lynn Reynolds im *American Journal of Psychiatry* im Jahr 1962 gab es keinen Zusammenhang zwischen der Verwendung von Psychopharmaka und den höheren Entlassungsraten.⁵¹⁸ Die ForscherInnen verfassten eine retrospektive Studie über die Auswir-

⁵¹⁶ Kritisch zur angeblich steigenden Entlassungsrate: Scull, *Die Anstalten öffnen?*, 1980. (Deutsche Übersetzung der amerikanischen Ausgabe von 1977).

⁵¹⁷ Einleitender Kommentar von Urs Ruckstuhl zu: Scull, *Frühere Klinikentlassungen dank Psychopharmaka? Die Zerstörung eines Mythos*, 1988, S. 26. Vgl. zu Urs Ruckstuhl und der Stiftung Pro Mente Sana Kapitel 5.3.1 in der vorliegenden Studie.

⁵¹⁸ Epstein et al., *An Approach to The Effect of Ataraxic Drugs On Hospital Release Rates*, 1962, S. 36-47.

kung der Medikamente auf die Entlassungsraten im US-Bundesstaat Kalifornien. Sie sammelten Datenmaterial zu wissen, an Schizophrenie erkrankten Männern und verglichen Psychopharmakabehandelte mit Patienten ohne medikamentöse Behandlung. Zudem unterschieden sie zwischen Krankenhäusern, die viel Psychopharmaka anwendeten und solchen, die zurückhaltender waren. Die Studie kam zum Schluss, dass Patienten mit Psychopharmakabehandlung tendenziell eine längere Verweildauer in den Kliniken hatten. Epstein und seine KollegInnen stellten fest, dass in den Kliniken, in denen die erstmals aufgenommenen, schizophrenen Patienten mit Psychopharmaka behandelt wurden, die Aufenthaltsdauer dieser Gruppe insgesamt etwas höher war als der Durchschnitt. Daraus folgte der Schluss, dass kein Zusammenhang zwischen der Anwendung von Psychopharmaka und den zu beobachtenden schnelleren Entlassungsraten bestehe.⁵¹⁹

Der Soziologe Andrew T. Scull bezog sich in seinem 1977 erschienen Buch „Decarceration. Community Treatment and the Deviant: A Radical View“ auf die erwähnte Studie von Epstein und seinen KollegInnen. Scull führte aus, dass in jenen Studien, welche höhere Entlassungsraten mit den Psychopharmaka erklären, ein wichtiger Aspekt übersehen würde. Der Prozess der Deinstitutionalisierung begann seiner Meinung nach nicht mit der Einführung der Medikamente. Vielmehr seien diesem Prozess Veränderungen auf lokaler Ebene vorausgegangen. Dass immer weniger PatientInnen stationär über lange Zeit in der Klinik verweilten, sei daher weniger eine Wende als die Fortsetzung eines be-

⁵¹⁹ Ebd., S. 42ff.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

stehenden Trends. Die These, dass die Psychopharmakotherapie zu höheren Entlassungsraten geführt hätte und die Bettenreduktion in den Kliniken ermöglichte, liess sich gemäss Scull nicht halten.⁵²⁰ Möglich wäre aber, so Scull, dass die Psychopharmaka die Politik frühzeitiger Entlassungen dadurch förderten, dass sie in manchen Fällen die Krankheitssymptome reduzierten und es dadurch einfacher wurde, mit den PatientInnen auch ausserhalb der Klinik umzugehen.⁵²¹ Ein weiterer Grund wäre vielleicht auch die übersteigerte Vorstellung der ÄrztInnen über die Effektivität der Medikamente. Aufbauend auf diese Vorstellung wären sie umso mehr von der Realisierbarkeit einer Politik der frühzeitigen Entlassung überzeugt gewesen.⁵²²

Im 21. Jahrhundert besteht die Meinung, dass die Forderung der Psychiatriekritik nach einer Öffnung der Kliniken und der Etablierung einer gemeindenahen Versorgung, nicht realistisch gewesen wäre ohne die Psychopharmaka.⁵²³ Sie waren jedoch nicht der Hauptfaktor für die Prozesse der Deinstitutionalisierung und Ausdifferenzierung der Psychiatrie. Denn bereits Ende der 1940er und Anfang der 1950er Jahren verfolgten Kliniken die Strategie, schnelle Entlassungen zu fördern, eine Einweisung überhaupt zu vermeiden und einer Zunahme

⁵²⁰ Scull, *Die Anstalten öffnen?*, 1980, S. 104f.

⁵²¹ Andrew Scull fasste dies noch prägnanter: Die Psychopharmaka vereinfachten es den Gemeinden mit den PatientInnen fertigzuwerden. In der übersetzten Ausgabe heisst es: *Decarceration* = staatlich betriebene Politik um *The Bad* and *The Mad* zurück in die Gemeinden zu führen. Seine Studie stützte sich auf Daten aus den USA und Grossbritannien. Vgl. Scull, *Die Anstalten öffnen?*, 1980, S. 114.

⁵²² Ebd.

⁵²³ Vgl. auch: Tanner, *Ordnungsstörungen*, 2007, S. 286; Weber, *Seelengeschichte*, 1996, S. 10; Vgl. zur Psychiatriekritik auch die Kapitel 5.3.1 und 6.

der institutionalisierten LangzeitpatientInnen und Chronischkranken vorzubeugen.⁵²⁴

5.2 Das Problem ohne Namen

Betrachtet man die medikamentösen Behandlungszahlen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich im Hinblick auf die Geschlechterverhältnisse, zeigt sich ein *Genderbias*. Zwischen 1953 und 1968 wurden beinahe 63 Prozent der medikamentösen Therapien bei Frauen und 37 Prozent bei Männern durchgeführt.⁵²⁵ Dieses Verhältnis entspricht demjenigen, das der deutsche Arzt Kurt Langbein und seine Kollegen 1986 in ihrem kritischen Ratgeber zur Nutzung und den Risiken von Arzneimitteln feststellten. Gemäss ihrer Untersuchung wurden zu diesem Zeitpunkt zwei Drittel der verkauften Psychopharmaka an Frauen verschrieben.⁵²⁶ Die Verfasser des kritischen Arzneimittel-Ratgebers kamen zum Schluss: „Psychopharmaka sind schon fast 'weibliche' Pillen.“⁵²⁷ Unberücksichtigt blieb in dieser Studie jedoch die Unterscheidung der Psychopharmakagruppen nach Neuroleptika, Antidepressiva und Tranquilizern.

⁵²⁴ Vgl. Wing/ Brown, Institutionalism and Schizophrenia, 1970; Vgl. auch zu den Ausdifferenzierungsprozessen im Zeitraum 1870 bis 1970: Meier et al., Zwang zur Ordnung, 2007, S. 82-85.

⁵²⁵ Meier et al., Zwang zur Ordnung, 2007, S. 112. Das Geschlechterverhältnis in der Klinik liegt in den 1950er Jahren bei ungefähr 45 Prozent Frauen und 55 Prozent Männer. Ab den 1960er Jahren ist das Geschlechterverhältnis etwa ausgeglichen. Vgl. Ebd., S. 96-98.

⁵²⁶ Langbein et al., Bittere Pillen, 1986, S. 99.

⁵²⁷ Ebd.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

Das Problem des *Genderbias* machten sich verschiedene AutorInnen und Studien vor allem im US-amerikanischen und kanadischen Raum zum Thema. Die amerikanische Feministin Betty Friedan schrieb zwischen 1957 und 1962 den berühmten Bestseller der Frauenbefreiung „The Feminine Mystique“. 1972 erschien das Buch bereits in der sechsten Auflage. Darin beschrieb sie das Problem ohne Namen:

The problem that has no name.

The problem lay buried, unspoken, for many years in the minds of American woman. It was a strange stirring, a sense of dissatisfaction, a yearning that woman suffered in the middle of the twentieth century in the United States. Each suburban wife struggled with it alone. As she made the beds, shopped for groceries, matched slipcover material, ate peanut butter sandwiches with her children, chauffeured Cub Scouts and Brownies, lay beside her husband at night – she was afraid to ask even of herself the silent question – ‘Is this all?’⁵²⁸

Angesichts der Vereinzelung und Isolation der Frauen der Mittelklasse war gemäss Betty Friedan keine neue Frauenbewegung zu erwarten, weder in den USA noch in Europa. Die Sozialhistorikerin Kristina Schulz sieht in dieser Einschätzung den Punkt, in dem sich Friedan irrte. Denn in den 1960er Jahren formierten sich in den USA und Europa Frauenbewegungen. In der Stadt Zürich gab es in den ersten Anfängen im Jahr 1968 Gruppengründungen sowie eine starke, landesweite Mobilisierungsphase in den 1970er Jahren.⁵²⁹ Auch wenn sich

⁵²⁸ Friedan, *The Feminine Mystique*, 1972, S. 11.

⁵²⁹ Schulz, „Ohne uns Frauen gibt’s keine Revolution“, 2008, S. 163.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

Betty Friedan bezüglich der Bewegung geirrt hatte, war ihre Analyse der Lebenslage von Müttern und Hausfrauen treffend. Die Malaise, die Anspannung und die Angst, die sie beschrieb, waren Ausdruck der Diskrepanz zwischen der Erwartung eines erfüllten Lebens und der Realität einer erstickenden Existenz.

Eine kanadische Studie konzentrierte sich auf die Verschreibung und den Konsum von Tranquilizern. Ruth Cooperstock und Henry Lennard, die Verfasser der Studie aus dem Jahr 1979, machten die Hauptursachen für den Konsum von Tranquilizern bei den Konflikten mit der traditionellen Frauenrolle aus.⁵³⁰ Stressmomente entstanden durch die Mutterrolle, die Hausarbeit und die Abhängigkeit vom Ehemann.⁵³¹ Die pharmazeutische Industrie reagierte rasch auf die Erkenntnis, dass Frauen an ihrer Isolation, den Rollenerwartungen und dem Mangel an Anerkennung und Liebe litten und begann in den 1960er Jahre ihre Produkte entsprechend zu vermarkten.

5.2.1 Werbung für Tranquilizer und Antidepressiva

Es ist zu beachten, dass in der Schweiz, Deutschland und Österreich von Neuroleptika gesprochen wird, während im englischen und ameri-

⁵³⁰ Cooperstock/ Lennard, *Some Social Meanings of Tranquilizer Use*, 1979, S. 344; Es ist davon auszugehen, dass auch stressgeplagte Männer Psychopharmaka und im speziellen Antidepressiva und Tranquilizer zu sich nahmen. Susan Speaker belegt zudem, dass die Behauptung, dass in den 1950er und 1960er Jahren AmerikanerInnen grosse Mengen verschriebener Medikamente konsumierten, nicht zutrifft, weil 25 bis 50 Prozent der PatientInnen die verschriebenen Psychopharmaka nicht einnahmen. Vgl. Speaker, *From „Happiness Pills“ to „National Nightmare“*, 1997, S. 358 und auch Kapitel 4.4 der vorliegenden Studie.

⁵³¹ Vgl. auch: Vogt, *Reflexionen über das Frauensyndrom*, 1986, S. 4-10.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

kanischen Sprachraum diese Präparate als *Antipsychotics* und *Major Tranquilizers* bezeichnet werden. Die Wirkung von Psychopharmaka wird mit dem Begriff anti- beschrieben: *Anti-psychotic Drugs (Major Tranquilizers)*, *Anti-depressant Drugs (Antidepressants)* und *Anti-anxiety Drugs (Minor Tranquilizers)*. Das bedeutet, dass in den USA die beschriebene Wirkung und die Bezeichnung von Präparaten identisch ist. Neuroleptika hingegen, um dieses Beispiel nochmals aufzugreifen, wurden im „Kompendium der Psychopharmakotherapie“ aus dem Jahr 1967 als antipsychotisch-antischizophren, erregungsdämpfend und angst- und spannungslösend bezeichnet.⁵³² Dieses Beispiel macht deutlich, dass die Einteilung der Psychopharmaka in verschiedene Gruppen nicht einheitlich war und ist.

Medikamente wie Valium und Librium sind so genannte Tranquilizer und werden im amerikanischen Sprachgebrauch auch *Minor Tranquilizer*, sowie *Anti-anxiety Drugs* oder *Anxiolytic Drugs* genannt. Diese Psychopharmaka kamen ab den 1960er Jahren in Hausarztpraxen zur Anwendung, in erster Linie bei stressbedingten Angsterkrankungen und Depressionen. Trotz der Unterscheidung zwischen Tranquilizern und Antidepressiva gibt es im Wirkungs- und Anwendungsbereich Überschneidungen.

„Librium and the 66 tranquilizers“ war eine Werbung der Schweizer Pharmafirma Roche in den 1950er Jahren. Die Firma zielte auf die bisherigen Tranquilizer auf dem amerikanischen Markt und setzte ihr Produkt, das in den ersten drei Monaten nach der Markteinführung

⁵³² Pöldinger, Kompendium der Psychopharmakotherapie, 1967, S. 39.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

zum meistverschriebenen Tranquilizer wurde, an die Spitze.⁵³³ Roche bezeichnete Librium als „the successor to the tranquilizers“ und beschrieb die Gründe dafür ebenfalls in der Werbung:

The era of tranquilizers that preceded Librium saw a long succession of drugs – sixty-six by the latest count. And yet, today Librium is considered by many clinicians as the successor to this entire group. The reasons? The physician can manage *more patients* and control a *wider area* of anxiety-linked symptoms with Librium than with any tranquilizer or group of tranquilizers. Librium is the biggest step yet toward ‘pure’ *anxiety relief* as distinct from central sedative or hypnotic action.⁵³⁴

Die Schweizer Pharmakonzerne machten nicht nur in den USA sondern auch in der Schweiz Werbung für ihre Produkte. Im Gegensatz zu den USA war und ist es in der Schweiz gesetzlich verboten, Publikumswerbung für verschreibungspflichtige Medikamente zu machen. Erlaubt hingegen war und ist die Fachwerbung. Dazu zählte das Versenden von Werbekarten und Musterpackungen an die ÄrztInnen. Die vorliegende Untersuchung beschränkt sich bei der Auseinandersetzung mit der Werbung der pharmazeutischen Industrie in der Schweiz auf einen Ausstellungsband des Museums für Gestaltung Zürich zur Pharmafirma Geigy.⁵³⁵

⁵³³ Vgl. Smith, Small Comfort, 1985, S. 107, 110.

⁵³⁴ Abbildung der Werbung mit Text in: Smith, Small Comfort, 1985, S. 110.

⁵³⁵ Die Ausstellung dauerte vom 04.02. bis 24.05.2009 und fand unter dem Titel *Good Design, Good Business* statt. Vgl. Ausstellungsband von Janser/ Junod, Corporate Diversity. Schweizer Grafik und Werbung für Geigy 1940–1970, 2009. Und auch online www.emuseum.ch, [Stand 22.11.2011].)

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

Die Ausstellung im Museum für Gestaltung Zürich befasste sich im Jahr 2009 mit der Grafik und Werbung der Schweizer Pharmafirma Geigy (1940–1970). Die Werbung für die breite Produktpalette der Firma beinhaltete auch Werbekarten und Probemuster für Psychopharmaka aus den 1960er Jahren. Die Werbekarten lesen sich wie eine Darstellung persönlicher Problemzustände und verweisen auf die Schwierigkeiten, in dieser Welt ein ganzer Mensch zu sein, vor allem als Frau.

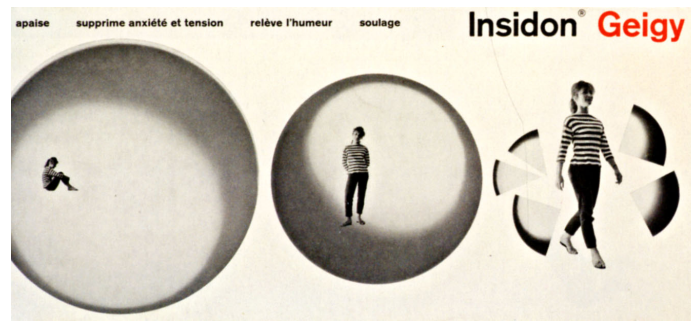


Abbildung 9: Insidon von Geigy – „beruhigend angst- und spannungslösend stimmungshebend befreiend“.

Die Werbekarte (Abbildung 9) der Pharmafirma Geigy aus dem Jahr 1962 zeigt die zweistufige Wirkung des psychovegetativen Harmonisierungsmittels mit dem Namen Insidon.⁵³⁶ Eine junge Frau ist auf dem Bild in ihrem schwierigen psychischen Zustand einsam und eingeschlossen. Insidon war im „Index Psychopharmacorum“ der Psychiater Walter Pöldinger und Paul Schmidlin im Jahr 1972 unter den Antidepressiva (Thymoleptica) aufgelistet und wurde als antidepressiv,

⁵³⁶ Janser/ Junod, Corporate Diversity, 2009, S. 104f.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

angst- und spannungslösend und erregungsdämpfend beschrieben.⁵³⁷ Auf der Werbekarte wurde dargestellt, wie mit der Einnahme des Mittels die Antriebslosigkeit und Enge verschwindet und die Frau angstfrei aufstehen kann. Darauf folgt eine aufhellende und stimmungshobende Phase, die dann in die Befreiung übergeht. Die Patientin sprengt die isolierende Kugel und tritt sicheren Schritts in die Welt hinaus. Die Werbung arbeitete mit dem psychischen Zustand vor und nach der Einnahme des Medikaments um den Wirkungsverlauf zu visualisieren. Die Vorher-Nachher-Aufnahme erzeugt mit einfachen Mitteln einen starken Effekt. Die Werbung spielte mit den Polen Unbedeutendsein und Entfaltung. Das Medikament hat nicht nur eine spannungslösende Wirkung, sondern besitzt, so suggerierte es die Werbung, auch die Fähigkeit, einer einsamen, passiven und unbedeutenden Frau die Möglichkeit zu verleihen, aktiv ins Zentrum zu rücken. Die Abbildung 10 mit dem aufsteigenden Frauenzeichen zeigte ebenfalls den Aufschwung mit Insidon und machte die Verbindung zu den Frauen als Konsumentinnen des Präparates explizit.⁵³⁸

Der Zusammenbruch, ein Mangel an Liebe und das Thema Einsamkeit kommen in den folgenden zwei Werbekarten (Abbildung 11) vor. Sie entstanden 1966 und wurden an die ÄrztInnen versandt.⁵³⁹

⁵³⁷ Pöldinger/ Schmidlin, Index Psychopharmacorum, 1972, S. 59. Insidon gehörte in Deutschland im Jahr 2007 zu den zehn meist verschriebenen Psychopharmaka und wurde 0,5 Millionen mal verordnet. Daten für die Schweiz gibt es keine. Vgl. Psychopharmaka in Praxis 2007, <http://www.epsy.de/psychiatrie/psychopharmaka.htm>, [Stand: 25.07.2011].

⁵³⁸ Janser/ Junod, Corporate Diversity, 2009, S. 151.

⁵³⁹ Ebd., S. 150.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960



Museum für Gestaltung Zürich, Grafiksammlung. Umberto Romito ©ZHdK.

Abbildung 10: Werbekarte für Insidon von Geigy aus dem Jahr 1962.

Die Werbung versprach die Befreiung aus einer elenden und beengten Lage. Dadurch, dass die Werbekarten den Kontext, in dem sich die Frauen befanden, wegliessen und sich nur auf eingeengte, antriebslose und ängstliche Personen konzentrierten, stellten sie das Problem der Patientinnen als individuelles Problem dar. Das bedeutet, dass die pharmazeutische Industrie mit ihrer Produktwerbung die Frauenfrage aufgriff, die gesellschaftliche Dimension hingegen wegliess und das Problem somit individualisierte. Die Frauenfrage wurde zwar gestellt, aber als privat bezeichnet und damit als erledigt abgetan. Während die Frauenbefreiungsbewegung in den 1960er Jahren auf der ganzen Welt das Private als das Politische bezeichnete, sagte die Werbung der Firma Geigy, dass private Probleme individuelle, medizinische Probleme sind.

Die Individualisierung psychischer Probleme hat seither Kontinuität. Die „pharmakologische Abschirmung der Psyche“⁵⁴⁰ unterstützt

⁵⁴⁰ Nord, Arzneimittelkonsum in der Bundesrepublik Deutschland, 1976, S. 107.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960



Museum für Gestaltung Zürich, Grafiksammlung. Umberto Romito ©ZHdK.

Abbildung 11: „Nur ein bisschen Liebe ...“, „Stummer Schrei um Hilfe ...“, Werbekarten für Insidon im Jahr 1966.

diese Tendenz in der Masse, als die Abschirmung die Artikulation schwieriger Gefühle noch weiter erschwert.⁵⁴¹ Während die einschlägige Werbung für Psychopharmaka, gemäss als „Sonnenbrille für die Seele“ eine umfassende Anwendung suggeriert hätte, wären die Psychopharmaka zugleich den Erwartungen der Ärzte entgegengekommen.⁵⁴² Bereits 1975 stellte der deutsche Soziologe Dietrich Hasso Nord in seiner Dissertation fest, dass die einschlägige Werbung für Psycho-

⁵⁴¹ Zum Beitrag von Forschenden, die sich mit *Queer Theory* auseinandersetzen, zählt das Nachdenken über die Artikulation schwieriger Gefühle, bspw. zu *Bad Feelings: Love, Feeling Backward: Loss and the Politics of Queer History*, 2007; Zur Formulierung eines *Depression Manifesto*: Cvetkovich, *Depression: A Public Feelings Project*, 2011.

⁵⁴² Nord, *Arzneimittelkonsum in der Bundesrepublik Deutschland*, 1976, S. 107.

pharmaka eine umfassende Anwendungsmöglichkeit suggerieren würde. Psychopharmaka würden gemäss Nord als „Sonnenbrille für die Seele“ vermarktet. Gleichzeitig kämen die Psychopharmaka den Erwartungen der Ärzte entgegen.⁵⁴³ Nords Meinung nach verschrieben die Ärzte die Psychopharmaka gerade deshalb, weil es sich um eine unkomplizierte und wirkungsvolle Medikation handelte, die bei den Patienten meist eine weitere Nachfrage nach ärztlichen Leistungen evozierte.⁵⁴⁴ Zusätzlich argumentierte Nord, dass die Ärzte angesichts psychischer Erkrankungen unsicher würden und mit unpräzisen Bezeichnungen wie „nervöse Belastung“ und „vegetative Dystonie“ eine Diagnose vorgäben, ohne die grundlegenden Leiden zu erkennen.⁵⁴⁵

Nord ist insofern beizupflichten, als dass vor allem Antidepressiva und Tranquilizer als bequeme Antwort auf diffuse Leiden erschienen. Die aktuelle soziologische und arzneimittelhistorische Forschung stellt spätestens für die Zeit ab 1980 fest, dass die unspezifischen Bezeichnungen für psychische Erkrankungen (z.B. Angst, Belastung) nach und nach durch diagnostische Kategorien (z.B. Depression) abgelöst wurden.⁵⁴⁶

⁵⁴³ Ebd.

⁵⁴⁴ Ebd.

⁵⁴⁵ Ebd., S. 86.

⁵⁴⁶ Vgl. Kirk, Kutchins, *The Selling of DSM*, 1992; Hirshbein, *Science, Gender, and the Emergence of Depression in American Psychiatry, 1952-1980*, 2006; Lewis, *Moving Beyond Prozac, DSM & the New Psychiatry*, 2006; Cooper, *Classifying Madness*, 2005; Pignarre, *Psychotrope Kräfte*, 2006; Healy, *The Creation of Psychopharmacology*, 2002; Ders., *Let Them Eat Prozac*, 2004; Ders., *The Antidepressant Era*, 1997. Vgl. zur allgemeinen Kritik an der Verflechtung von Pharmaindustrie, Wissenschaft und Wirtschaft: Angell, *The Truth About the Drug Companies*, 2004; Dies., *Drug Companies & Doctors*, 2009.

5.2.2 „Naming the Problem that Has No Name“

Als problematisch erachten die KritikerInnen der Diagnosehandbücher *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* und *International Classification of Disease (ICD)* die Tatsache, dass in den Redaktionen der Handbücher auch VertreterInnen der pharmazeutischen Industrie Einsitz haben. Die medikamentöse Behandlung und die Klassifikation psychischer Krankheiten sind so auf bedenkliche Weise eng miteinander gekoppelt. Die scheinbare Übereinstimmung von psychischen Symptomen und Medikamenten, die bestimmte Wirkmechanismen beeinflussen, wird von den KritikerInnen nicht als medizinischer Fortschritt gesehen, sondern als förderlich für den Profit der Pharmaindustrie interpretiert. Das Handbuch ist aus dieser Perspektive auch das Produkt eines Konsenses, um benutzerfreundliche Kriterien für die KlinikerInnen zur Verfügung zu stellen.⁵⁴⁷

Der Psychiatriehistoriker Roy Porter schrieb 2002 in Anbetracht des neuen DSM-IV aus dem Jahr 1994, dass der Trend zur organischen Konzeption psychischer Erkrankungen anhalte.⁵⁴⁸ Zudem beobachtete der Historiker eine enorme Zunahme bei der Bezeichnung psychischer Störungen. Jede neue Edition des DSM war doppelt so umfangreich wie die Vorgängerausgabe. Dieser Sachverhalt führte Porter zur Bemerkung: „More people seem to be diagnosed as suffering from more psychiatric disorders than ever: is that progress?“⁵⁴⁹

⁵⁴⁷ Andreasen, *Understanding Schizophrenia: A Silent Spring?*, 1998, S. 1659.

⁵⁴⁸ Porter, *Madness*, 2002, S. 213; Vgl. auch: Tanner, *Ordnungsstörungen*, 2007, S. 286f.

⁵⁴⁹ Porter, *Madness*, 2002, S. 214.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

„Naming the Problem that Has No Name“ betitelte der Soziologe Allan Horwitz von der Rutgers Universität New Jersey seinen Vortrag im April 2009. Er referierte an einer Tagung von PsychiaterInnen, SoziologInnen und HistorikerInnen im niederländischen Utrecht über die Festschreibung von Krankheitsbildern und das Kreieren von Zielsymptomen für die Anwendung von standardisierten psychoaktiven Substanzen. Er zeigte auf, wie die dritte Ausgabe des DSM der *American Psychiatric Association* im Jahr 1980 – und das Aufkommen neuer Antidepressiva mit einem diagnostischen Paradigmenwechsel einhergingen. „Depression“ wurde zu einer zentralen diagnostischen Kategorie und löste die ältere, unspezifische Kategorie „Angst“ (*Anxiety*) ab. Die Erklärung psychischer Krankheiten fand sich nicht mehr so sehr im sozialen Kontext der Betroffenen, sondern wurde verstärkt mit biologischen Vorgängen in Zusammenhang gebracht. Gemäss Horwitz' Forschungsbefunden bekam das Problem ohne Namen durch das DSM und die Werbung der pharmazeutischen Industrie einen Namen.⁵⁵⁰ Im Anschluss an diese Überlegungen stellte der Soziologe David Healy die Frage nach den AkteurInnen dieses Paradigmawechsels. Dies und auch die Frage, auf welche Weise die Veränderung erfolgte, ob eher zufällig oder gewollt und allenfalls durch pharmazeutische Industrie orchestriert, bedarf weiterer Forschungsbemühungen. Festzuhalten bleibt jedoch die provozierende Aussage, dass sich die Arzt-Patient-Beziehung grundlegend verändert hat. Während früher der Arzt über mehrere Be-

⁵⁵⁰ Diese Angaben sind dem Vortragsmanuskript des Referenten entnommen: Horwitz, Naming the Problem that Has No Name, 2009, S. 5f; Vgl. auch: Brandenberger/ Tornay, Standardizing Psychoactive Drugs and Drug Uses 1900-1970, Bericht zum Workshop in Utrecht 23./24.04.2009, PDF online im Internet.

suche hinweg die Veränderungen beim Patienten beobachtete und bemerkte, ist der Arzt oder die Ärztin heute bloss VermittlerIn, der oder die Evidenz über Symptome herstellt und Medikamente verschreibt.⁵⁵¹

5.3 Psychopharmaka: Krise und Kritik

Innerhalb der psychiatrischen Institutionen führten die Psychopharmaka mit ihren anti-psychotischen, beruhigenden und spannungslösenden Wirkungsweisen zu einer ruhigeren Atmosphäre auf den Abteilungen. Das Schweizerische Rote Kreuz nutzte diese Veränderung für die Anwerbung von psychiatrischem Pflegepersonal. Der Personalmangel war in der Psychiatrie zu diesem Zeitpunkt chronisch und wurde in den Jahresberichten der Kliniken häufig an erster Stelle erwähnt.⁵⁵²

In der Ausgabe der Rotkreuz-Zeitschrift vom August 1968 wurden verschiedene Pflegeberufe vorgestellt, um über die unterschiedlichen Tätigkeiten zu berichten und Werbung für Berufe im Gesundheitswesen zu machen. Das Bild (Abbildung 12) einer Psychiatrieschwester, die eine Spritze setzte, war mit folgendem Satz untertitelt: „Unter den Pflegezweigen mit dreijähriger Ausbildungsdauer ist der Beruf der Psychiatrieschwester und des Psychiatriepflegers am meisten mit Vorurteilen belastet. Wie wichtig ist da der Hinweis, dass heute

⁵⁵¹ Vgl. zur Wortmeldung David Healys den Bericht: Brandenberger/ Tornay, Standardizing Psychoactive Drugs and Drug Uses 1900-1970, Bericht zum Workshop in Utrecht 23./24.04.2009, PDF online im Internet.

⁵⁵² JB PKM 1958, S. 3; JB PUK 1962, S. 1.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960



Abbildung 12: „Unter den Pflegezweigen mit dreijähriger Ausbildungsdauer ist der Beruf der Psychiatrieschwester und des Psychiatriepflegers am meisten mit Vorurteilen belastet. Wie wichtig ist da der Hinweis, dass heute in den psychiatrischen Kliniken eine gelöste, freundliche Atmosphäre herrscht.“

in den psychiatrischen Kliniken eine gelöste, freundliche Atmosphäre herrscht.“⁵⁵³

Die mit den Psychopharmaka verbundenen Erwartungen gingen anfangs über die reine Beruhigungsfunktion hinaus. Die Hoffnung bestand, dass die Medikamente vor allem dazu beitragen würden, die

⁵⁵³ Schweizerisches Rotes Kreuz, Heft vom 15.08.1968, S. 17.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

Heilung und Besserung vieler PatientInnen zu beschleunigen.⁵⁵⁴ In den 1960er Jahren zeigte sich, dass die Psychopharmaka zwar die Symptome dämpften und stabilisierend auf den Zustand der PatientInnen wirkten, nicht aber so genannte psychische Krankheiten heilen konnten. Die PatientInnen litten teilweise an starken Nebenwirkungen. Heftige Muskelkrämpfe, Speichelfluss, Zittern und Augenleiden traten auf. Einige PatientInnen fielen in eine apathische Stimmung und nahmen stark an Gewicht zu.⁵⁵⁵

Die Pharmaka-Euphorie auf Seiten der ÄrztInnen, PatientInnen und ihrer Angehörigen wich in den 1960er und 1970er Jahren der Ernüchterung, wenig über die Medikamente, ihre Indikationen, Wirkungen und Folgen zu wissen.⁵⁵⁶ Medikamentöse Behandlungen mit Neuroleptika und anderen Psychopharmaka wurden weiter durchgeführt, ohne dass die PsychiaterInnen den Wirkungsmechanismus durchschauten.⁵⁵⁷ Rückblickend wird deutlich, dass Ende der 1960er Jahren die Psychiatrie und die Psychopharmaka in eine Krise gerieten.

5.3.1 Kritik am Zwang mit anderen Mitteln

Die KritikerInnen medikamentöser Behandlungen in der Psychiatrie sahen ihre Vorbehalte gegenüber den Psychopharmaka bestätigt. Gemäss dem Schweizer Psychiatriekritiker und Pro Mente Sana-

⁵⁵⁴ Vgl. JB PUK 1954, S. 5.

⁵⁵⁵ Vgl. Finzen, Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen, 1984, S. 91-99; Angst, Adipositas durch Psychopharmaka, 1973, S. 1306f. Vgl. Braunschweig, Wundermittel Largactil, 1994, S. 135; Vgl. auch Kapitel 1.1.

⁵⁵⁶ Vgl. Finzen, Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen, 1984, S. 13.

⁵⁵⁷ Vgl. auch: Meier, Psychochirurgie, 2007, S. 244.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

Mitarbeiter Urs Ruckstuhl reduzierte sich die Komplexität der problematischen Erfahrung in der Psychiatrie auf ein „pillen- und spritzenförmiges Ding“.⁵⁵⁸ Die Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana (PMS) wurde 1978 gegründet, um die Anliegen psychisch Kranker in der Öffentlichkeit, Gesetzgebung und bei den Behörden zu vertreten. Die Organisation ist nicht gegen die Psychiatrie, versucht jedoch die Interessen der Patientinnen und Patienten zu stärken und ist gegenüber der Psychiatrie kritisch eingestellt.⁵⁵⁹

Die Psychopharmaka und unter ihnen vor allem die Neuroleptika waren aus psychiatriekritischer und antipsychiatrischer Sicht ein Hauptübel der Psychiatrie.⁵⁶⁰ Die Kritik verwies explizit auf die problematischen Aspekte der medikamentösen Behandlungen in der Psychiatrie und bezog sich in erster Linie auf die Nebenwirkungen und die Zwangsmomente. Den psychiatrischen Kliniken wurde vorgewor-

⁵⁵⁸ Ruckstuhl, Editorial, 1988, S. 2.

⁵⁵⁹ Vgl. Pro Mente Sana, Wer sind wir? Was wollen wir? Wo helfen wir?, Jahresbericht 1979, o.S.

⁵⁶⁰ Ein wichtiger Vertreter der Antipsychiatrie ist der schottische Psychiater R.D. Laing. Vgl. Mullan, *Mad to be normal. Conversations with R.D. Laing*, 1995. Von der Antipsychiatrie viel zitiert, selber aber sowohl gegenüber der Antipsychiatrie als auch der Psychiatrie kritisch eingestellt, ist der amerikanische Psychiater Thomas Szasz. *Geisteskrankheit - ein moderner Mythos*, 1972; Ders., *Antipsychiatry. Quackery squared*, 2009; Vgl. auch: Cooper, *Psychiatrie und Anti-Psychiatrie*, 1975. Vgl. für die historische Betrachtung psychiatrischer und antipsychiatrischer Vorstellungen im 17.-20. Jhd. unter Berücksichtigung einzelner (Anti-)Psychiater und Psychiatriekritiker: Kampmann/ Wenzel. *Psychiatrische und antipsychiatrische Vorstellungen von Hilfe im Wandel der Zeit*, 2004. Es ist zu beachten, dass sich viele PsychiatriekritikerInnen nicht als Teil der Antipsychiatrie verstanden und verstehen. Dies gilt insbesondere für die VertreterInnen der Sozialpsychiatrie. Vgl. Finzen, *Das Pinelsche Pendel*, 1998, S. 40. Asmus Finzen ist Psychiater an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel und gemäss seiner Metapher verhalten sich Sozialpsychiatrie und Antipsychiatrie wie Feuer und Wasser.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

fen die PatientInnen ruhig zu stellen, um die psychiatrische Ordnung aufrechtzuerhalten. Ein Vorgehen, das sich mit den neuen chemischen Mitteln nicht von den Deckelbädern, Zwangsjacken und Fixierungen der Vergangenheit unterscheiden würde und mit dem letztlich „Zwang mit anderen Mitteln“ angewendet wurde.⁵⁶¹

Die Meinung, dass die PsychiaterInnen und das Personal Mittel in den Händen haben, um den Willen der PatientInnen zu brechen und sie ruhig zu stellen, ist eindrücklich in der Abbildung 13 dargestellt.



Abbildung 13: „Calmez vous!“ – Kritik an der Psychiatrie und ihren Behandlungsmethoden in den 1980er Jahren.

Es handelt sich bei der Abbildung 13 – auf der eine Psychiatrieschwester mit einer Spritze in der Hand einem nicht sichtbaren Patienten befiehlt, sich zu beruhigen – um eine Zeichnung aus der West-

⁵⁶¹ Vgl. dazu: Finzen, Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen, 1984, S. 13f.; Vgl. zum Konzept des *Chemical Restraint*: Meier/ Hürlimann/ Bernet, Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870-1970, 2002, 18f.; Vgl. auch Kapitel 6 in der vorliegenden Studie.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

schweizer antipsychiatrischen Zeitschrift „Tout Comme vous“ aus dem Jahr 1988.⁵⁶² Die „Zeitung von und für Psychiatrie-betroffene Menschen“ wurde von den „welschen KollegInnen der Pro Mente Sana in Lausanne“ herausgegeben, wie es in der Beschreibung im Heft *PMS aktuell* hiess.⁵⁶³

Während es bei Tabletten möglich war, diese wegzuschmuggeln und nicht einzunehmen, lag die Applikation mittels einer Spritze in den Händen des Personals.⁵⁶⁴ Die Zwangsproblematik, die mit den Psychopharmaka verbunden war, findet sich auch in den Krankenakten der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Wenn PatientInnen die verschriebenen Tropfen oder Tabletten nicht einnehmen wollten, erfolgte die Applikation des gleichen Präparates mittels einer Spritze. Dies war beispielsweise beim Neuroleptikum Haloperidol der Fall. Bei Präparaten in Tablettenform, wie beispielsweise Melleril, wurde ein mit der Spritze applizierbares Medikament wie Largactil genommen.⁵⁶⁵ Dieser Sachverhalt führte dazu, dass diese Applikationsform für Zwang stand und entsprechend dargestellt wurde. Die Ruhe auf den Abteilungen bekommt aus dieser Sicht eine weitere unheimliche Kompo-

⁵⁶² Calmez vous! In: Pro Mente Sana aktuell 3 (1988). Dossier Psychopharmaka, S. 44.

⁵⁶³ Pro Mente Sana, Dossier Psychopharmaka, 1988, S. 44.

⁵⁶⁴ vgl. Kapitel 4.3.1 der vorliegenden Studie, dort: StAZH, Z 100, KA-Nr. 58835 darin Nr. 59883, Eintrag vom 14.10.1963 im Rapport.

⁵⁶⁵ Vgl. Kapitel 4.3.1 der vorliegenden Studie, dort: StAZH, Z 100, KA-Nr. 58835 darin Nr. 59883, Eintrag vom 03.05.1964 beim Kurbblatt Melleril-Methylperidol; StAZH, Z 100, KA-Nr. 56922, Eintrag vom 09.06.1961 Kurbblatt (Melleril)- Largactil.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

nente, wie dies auch vom Personal der Universitätsklinik Basel in der *Oral History* Studie von Sabine Braunschweig artikuliert wurde.⁵⁶⁶

Die Kritik an der Psychiatrie und den Psychopharmaka beinhaltete jedoch widersprüchliche Elemente. So räumte 1977 der italienische Psychiatriereformer und Kritiker psychiatrischer Kliniken, Franco Basaglia, anlässlich eines Besuchs einer Klinik in Deutschland ein: „Richtig angewandt ist das Medikament in der Psychiatrie ein Instrument der Befreiung.“⁵⁶⁷

Die Psychiatriekritik formulierte folglich zwei widersprüchliche Bezeichnungen für die Funktion der Psychopharmaka in der Psychiatrie. Einerseits galten sie als Hauptübel der Psychiatrie, andererseits waren sie ein „Instrument der Befreiung“. Das Bild der Befreiung wiederum beinhaltete eine der grundlegenden Forderungen der Psychiatriekritik. Psychisch kranke Menschen sollten nicht in der „totalen Institution“⁵⁶⁸ Psychiatrie verschwinden, weil damit auch die gesellschaftliche Stigmatisierung und letztlich die Unmöglichkeit, wieder einen Platz in der Gesellschaft einzunehmen, verbunden war.

Fest steht neben diesem Widerspruch, dass beispielsweise in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich circa 80 Prozent der im Jahr 1969 aufgenommenen PatientInnen Psychopharmaka erhielten.⁵⁶⁹ Die-

⁵⁶⁶ Vgl. Kapitel 4.3.2.

⁵⁶⁷ Vgl. Finzen, Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen, 1984, S. 5.

⁵⁶⁸ Vgl. zur Definition und für die fünf zusammenfassenden Gruppen „totaler Institutionen“: Goffman, Asyle, 1972, S. 11, 16.

⁵⁶⁹ Vgl. Meier/ Hürlimann/ Bernet, Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870-1970, 2002, S. 94. 1959 wurden über die Hälfte der aufgenommenen PatientInnen mit Neuroleptika behandelt. Die Zahl stieg 1969 nochmals um fast zehn Prozent an und wurde durch die zunehmende Anzahl Antidepressiva ergänzt, was zu den 80 Prozent führte.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

se Zahlen lassen an die Worte des Psychiatriehistorikers Roy Porter denken, der darauf hinwies, dass die biologisch ausgerichtete Psychiatrie Gefahr laufe ein drogengetriebenes Unternehmen zu werden. „With the immense success of the anti-psychotic, anti-manic, and anti-depressant drugs, introduced in the last half of the twentieth century, organic psychiatry is arguably in danger of becoming drug-driven, a case of the tail wagging the dog.“⁵⁷⁰

Es wäre kurzsichtig anzunehmen, dass mit den neuen medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten ab den 1950er Jahren die Zwangsmomente in der Psychiatrie abnehmen. Vor dem Hintergrund der Zwangsmittel und grossen Kuren erscheinen zwar die neuen Psychopharmaka als feine, gezielte Behandlungsmethoden, die Zwangsproblematik verschwindet deswegen aber nicht. Der Zwang bleibt die Achillesferse der Psychiatrie,⁵⁷¹ wobei Zwangsmomente nicht ausschliesslich Probleme psychiatrischer Kliniken darstellen, sondern auch auf die Gesellschaft zu beziehen sind. Vor allem in Anbetracht des grossen Psychopharmakakonsums ausserhalb der psychiatrischen Kliniken muss die Zwangsproblematik auch als eine gesellschaftliche begriffen werden.⁵⁷² Das von Roy Porter beschriebene Bild der „drug-driven“ Psychiatrie müsste vor diesem Hintergrund auch auf die Gesellschaft übertragen werden.

⁵⁷⁰ Porter, *Madness*, 2002, S. 207.

⁵⁷¹ Vgl. Hell, *Zwang – die Achillesferse der Psychiatrie*, 1989, S. 6-8.

⁵⁷² Vgl. dazu die Bulletins und Publikationen im Rahmen des Nationalfondsprojektes „Integration und Ausschluss“, online im Internet www.nfp51.ch, [Stand: 15.07.2011].

5.3.2 Das „Dossier Psychopharmaka“ 1988

Die Zeichnung der furchterregenden Psychiatrieschwester mit der Spritze wurde 1988 im Publikationsorgan *PMS aktuell* der Schweizer Psychiatrie-Betroffenen Organisation Pro Mente Sana abgedruckt.⁵⁷³ Das Heft befasste sich in dieser Ausgabe mit dem Thema Psychopharmaka und trug den Titel „Dossier Psychopharmaka“. Die Zeichnung war jedoch nicht in einem der 16 Beiträge in dieser Ausgabe, sondern bei den Buch- und Heftbesprechungen abgedruckt. Die Absicht war, auf die Spezialnummer zum Thema „Médicaments Psychiatriques & Consentement Du Patient“ (Psychopharmaka und die Einwilligung des Patienten) hinzuweisen.

Das *PMS aktuell* versteht sich als Zeitschrift für und von Menschen, die Erfahrungen mit der Psychiatrie haben. Im Dossier schilderten PsychiatriepatientInnen sowie Angehörige ihre Erfahrungen mit den Psychopharmaka und ihre Meinung zu den medikamentösen Behandlungen in der Psychiatrie. Auch bei diesen Beiträgen finden sich sowohl tendenziell ablehnende als auch befürwortende Ausführungen zu den Neuroleptika und Antidepressiva.⁵⁷⁴ Das Editorial zum „Dossier Psychopharmaka“ schrieb das Pro Mente Sana Mitglied Urs Ruckstuhl, der darin auch schilderte, welche Schwierigkeiten und Überraschungen er beim Erarbeiten der Ausgabe erlebte.

⁵⁷³ Pro Mente Sana, Dossier Psychopharmaka, 1988, S. 44

⁵⁷⁴ Rüegg, Auswirkungen der Psychopharmakabehandlung auf die Ehepartner, 1988, S. 36; Ammann, Psychotherapiefähig erst durch Antidepressiva, 1988, S. 37; Bruckmann, Der Weg ins Leben, 1988, S. 38; Meier, Ich bin zwar im Irrenhaus den Kältetod des Gefühls gestorben, aber soviel kann ich noch empfinden, 1988, S. 38; Cierpka, Ich beginne, vor meiner Ver-rücktheit keine Angst mehr zu haben, 1988, S. 39.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

Als ich mein Vorhaben, eine Schwerpunktnummer über Psychopharmaka vorzubereiten, da und dort streute, wehte mir von namhaften Fachleuten ein seltsames Misstrauen, eine bevor-mundende Aengstlichkeit entgegen. Von Volksverwirrung war die Rede und davon, dass dieses Thema nicht kontrovers , sondern nur 'differenziert' anzugehen sei. [...] Umso angenehmer überraschte mich die umstandslose Zusage aller angefragten Autoren, insbesondere auch der beiden grossen 'alten Herren' der Schweizer Psychiatrie, einen Beitrag für das PMS-Aktuell beizusteuern.⁵⁷⁵

Das Dossier beinhaltete Beiträge, die ein breites Spektrum an Meinungen zu den Psychopharmaka aufzeigten. Unter den AutorInnen befanden sich die von Ruckstuhl im Editorial erwähnten „grossen alten Herren“ der Psychiatrie. Damit waren die etablierten Psychiater Manfred Bleuler und Gaetano Benedetti gemeint. Ersterer war von 1942 bis 1969 Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich gewesen, letzterer publizierte zusammen mit Bleuler zur Schizophrenielehre und gilt als etablierter Psychiater und Psychoanalytiker vor allem im Bereich der Klinischen Psychotherapie, der Schizophrenielehre und Seelenkunde.⁵⁷⁶ Benedetti war 1956 bis zu seiner Emeritierung 1985 Professor für Psychotherapie und Psychohygiene an der Universität Basel.

Manfred Bleuler schrieb einen Artikel zu „Psychopharmaka: Für und Wider“ und Gaetano Benedetti schilderte die „Neuroleptische Therapie in der individuellen Psychotherapie der schizophrenen Psychose“.

⁵⁷⁵ Ruckstuhl, Editorial, 1988, S. 1.

⁵⁷⁶ Vgl. Battegay, Herausforderungen und Begegnung in der Psychiatrie, 1981.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

Brigitte Woggon wurde von Urs Ruckstuhl im Gegensatz zu Bleuler und Benedetti nicht speziell im Editorial erwähnt. Als Psychiaterin der Forschungsabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich prägte sie jedoch die psychopharmakologische Forschung und den Gebrauch von Psychopharmaka in der Klinik massgeblich. Sie verfasste einen Beitrag zu „Neuroleptika und Schizophrenie“, in dem sie die positiven Effekte von Neuroleptika auf die Befindlichkeit der Kranken sowie auf die Reduktion der Hospitalisierungsdauer hervorhob.⁵⁷⁷

Hinzu kamen Beiträge des deutschen Sozialpädagogen und Verlegers Peter Lehmann, des Pro Mente Sana Mitglieds und Psychologen Urs Ruckstuhl sowie ein Artikel des Arztes und Publizisten Marc Rufer. Alle drei waren den Psychopharmaka und vor allem den Neuroleptika gegenüber sehr kritisch eingestellt. Ihre Problematisierung der medikamentösen Behandlungen in der Psychiatrie griff die Nebenwirkungen der Medikamente auf und setzte sich mit den Zwangsmomenten in der Psychiatrie auseinander.⁵⁷⁸

Die Redaktion des „Dossier Psychopharmaka“ veröffentlichte als Leitartikel den Beitrag des schwedischen Arztes Lars Martensson, der auf einer Studie mit dem Titel „Should Neuroleptic Drugs Be Banned?“ basierte.⁵⁷⁹ Die Ergebnisse der Studie waren auf der internationalen

⁵⁷⁷ Bleuler, Psychopharmaka: Für und Wider, 1988, S. 16; Benedetti, Neuroleptische Therapie in der individuellen Psychotherapie der schizophrenen Psychose, 1988, S. 17; Woggon, Neuroleptika und Schizophrenie, 1988, S. 15.

⁵⁷⁸ Ruckstuhl, Einspruch: 10 Thesen gegen Neuroleptika, 1988, S. 29-33; Rufer, Schizophrene, die hoch dosiert Neuroleptika erhalten, begehen vermehrt Selbstmord, 1988, S. 34; Lehmann, Warum die Augen vor den Neuroleptika-Schäden verschliessen?, 1988, S. 20f.

⁵⁷⁹ Martensson, Sollen Neuroleptika verboten werden?, 1988, S. 3-15.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

Tagung der *World Federation for Mental Health* in Kopenhagen 1984 vorgestellt und diskutiert worden. Das medizinische Nachschlagewerk *Side Effects of Drug Annual* besprach die Studie in der 1986er Ausgabe und überschrieb einen Absatz mit dem Titel der Studie von Martensson.⁵⁸⁰ Lars Martensson beschrieb in seinem Artikel unter dem Absatz „Der Hirnschaden ist schwerwiegend und mit Sicherheit vorhanden“ die schweren, medikamentösen Nebenwirkungen und Beeinträchtigungen. Aus seiner Sicht waren Bewegungsstörungen und Zittern nur die Spitze des Eisbergs einer grösseren, durch die Psychopharmaka ausgelösten, medizinischen Katastrophe. Ihre Wirkung betreffe den ganzen Menschen in seiner Integrität, seinem Selbstvertrauen und seinen sozialen Fähigkeiten. Daher kam Martensson zum Schluss:

Die Antwort auf unsere Frage lautet: Ja, Neuroleptika sollten verboten werden. Als nächste Frage stellt sich: Haben wir den moralischen Willen und den Mut, ein Element aus der Gesellschaft zu eliminieren, das unseren höchsten Werten zuwiderläuft? Wenn ja, dann wird das Uebel der Neuroleptika durch eine wirkungsvolle politische Tat ausgemerzt werden.⁵⁸¹

Der politische Aspekt mag hier überraschen. Er wird aber klarer, wenn die Kritik an den Psychopharmaka auch als Kritik am Wohlfahrtsstaat gelesen wird. Wer sich, so Martensson, an die medizinischen und psychiatrischen Institutionen wendet um Unterstützung zu erhalten, geht einen unbehaglichen *Deal* ein. Als Bedingung der Hilfe,

⁵⁸⁰ Vgl. die Einleitung Pro Mente Sana-Redaktion zu Martenssons Artikel im „Dossier Psychopharmaka“, 1988, S. 3.

⁵⁸¹ Martensson, Sollen Neuroleptika verboten werden?, 1988, S. 12.

die von diesen Institutionen kommt, müssen die Unterstützungsbedürftigen die Kontrolle darüber abgeben, was mit dem eigenen Gehirn gemacht wird. Mit einer ähnlich schwierigen Problematik seien auch die Angehörigen konfrontiert, die einen nahen Mitmenschen in psychiatrische Behandlung geben würden. Diese „unerträgliche Bedingung der Hilfe“ wollte Martensson mit klaren Gesetzen umstossen und er forderte das „gesetzliche Recht auf Psychopharmaka-freie Hilfe“.⁵⁸²

Martensson verknüpfte die medizinischen Befunde und Beobachtungen über gravierende Nebenwirkungen mit der politischen Forderung nach einer anderen, medikamentfreien Psychiatrie. Aus dem prominenten Platz, den der Artikel im Heft der Pro Mente Sana einnahm und aufgrund der persönlichen Positionierung des Redaktors im Editorial, lässt sich schliessen, dass Martensson Zusammenhänge und Anliegen formulierte, die auch von der Pro Mente Sana geteilt wurden. Gemäss dem derzeitigen Zentralsekretär der Pro Mente Sana, Jörg Gassmann, schlug das „Dossier Psychopharmaka“ in Psychiatriekreisen wie eine Bombe ein, wurde dann aber sogleich beschwiegen. Die Psychiatrie erwies sich demnach als Schauplatz höchst sensibler Fragen der Ethik und Politik, auf dem es um die Auseinandersetzung mit den Rechten des Menschen, der Würde, der Autonomie, dem freien Willen und der Anerkennung ging.⁵⁸³

⁵⁸² Ebd.

⁵⁸³ Vgl. Meier et al., Zwang zur Ordnung, 2007, S. 17f.

5.4 Folgerung: Psychiatrie als Schauplatz sensibler Fragen

Die Sicht auf die Psychiatrie als Schauplatz höchst sensibler Fragen der Ethik und Politik ist unter anderem den zahlreichen Forschungsarbeiten zur Eugenik zu verdanken, die seit den 1990er Jahren entstanden. Die historischen Arbeiten verfolgten das Ziel, die Schweizer Psychiatrie im Hinblick auf das Zusammenwirken von Eugenik, Sozialpolitik, Fürsorge, Justiz und Medizin zu untersuchen.⁵⁸⁴ Verbunden mit diesem Aufarbeitungsprozess war die provokative und mediale Thematisierung der Schweizer Psychiatrie. Wichtiger Katalysator für diesen Prozess waren die Bücher des Journalisten Willi Wottreng und des Historikers Thomas Huonker.⁵⁸⁵ Im Anschluss daran wurde im Sommer 1999 die Zürcher Stadtregierung von der grünen Gemeinderätin Katharina Prelicz-Huber und ihrem Parteikollegen im Kantonsrat Daniel Vischer sowie der SP-Kantonsrätin Ruth Gurny Cassee mit je einer Interpellation zum Handeln aufgefordert.⁵⁸⁶

Im Gemeinderat ging es in erster Linie um die behördlich durchgeführten Kindswegnahmen, Sterilisationen und Kastrationen. Wäh-

⁵⁸⁴ Vgl. expl.: Wecker et al., *Wie nationalsozialistisch war die Eugenik*, 2009; Leimgruber/ Meier/ Sablonier, *Das Hilfswerk für die Kinder der Landstrasse*, 1998; Dubach, *Die Verhütung „minderwertiger“ Nachkommen*, 1999; Heller/ Jeanmonod/ Gasser, *Rejetées, rebelles, mal adaptées*, 2002; Schweizer, *Die psychiatrische Eugenik in Deutschland und in der Schweiz*, 2002; Huonker, *Diagnose: „moralisch defekt“*, 2003; Germann, *Psychiatrie und Strafrecht*, 2004.

⁵⁸⁵ Wottreng, *Hirnriss*, 1999; Huonker, *Anstaltseinweisungen*, 2002

⁵⁸⁶ GR-Nr. 1999/288, Interpellation von Katharina Prelicz-Huber vom 30.06.1999; KR-Nr. 1999/219, Interpellation von Daniel Vischer und Ruth Gurny Cassee vom 28.06.1999; Vgl. auch Meier/ Hürlimann/ Bernet, *Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870-1970*, 2002, S. 9ff.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

rend sich die Interpellation im Kantonsrat vor allem für die grundsätzliche Bereitschaft der Zürcher Gesundheitsdirektion „Projekte zur Aufarbeitung der psychiatrischen Vergangenheit des Kantons Zürich“ zu fördern interessierte. Im Anschluss daran entstand in Zusammenarbeit der Gesundheitsdirektion, dem städtischen Sozialdepartement und der kantonalen Justizdirektion eine Arbeitsgruppe, die sich einen Überblick über das vorhandene Material und mögliche Bearbeitungsverfahren verschaffen sollte. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich vergab zudem ein Forschungsmandat zur Untersuchung der Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie in den Jahren 1870 bis 1970. Das Forschungsmandat erhielt die Forschungsstelle für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte der Universität Zürich, das Ende Dezember 2002 mit einem Bericht an die Gesundheitsdirektion vorerst abgeschlossen wurde.⁵⁸⁷

Mit den Studien zur Zusammenarbeit von Psychiatrie und nicht-medizinischen Institutionen sowie dem Zusammenwirken von eugenischem Gedankengut und psychiatrischer Praxis, ist wichtige Aufarbeitungs- und Sensibilisierungsarbeit geleistet worden.⁵⁸⁸ Eugenisches Vorstellungen und Massnahmen wurden in Hinblick auf die Radikalisierung der deutschen Rassenhygiene im nationalsozialistischen

⁵⁸⁷ Vgl. dazu den Bericht an die Gesundheitsdirektion: Meier/ Hürlimann/ Bernet, Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870-1970, 2002.

⁵⁸⁸ Vgl. Fussinger et al., Ausdifferenzierung der Psychiatrie in der Schweiz, 2003, S. 11. Die psychiatriehistorische Diskussion erhielt zahlreiche Impulse aus den empirischen Arbeiten mit Krankenakten: Vgl. Kaufmann/ Leimgruber, Was Akten bewirken können, 2008; Beddies, Zur Methodologie der wissenschaftlichen Auswertung psychiatrischer Krankengeschichten, 2002, PDF online im Internet; Beddies/ Dörries, Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960, 1999; Taddei, Bericht zum Werkstattgespräch, online im Internet.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

Deutschland betrachtet.⁵⁸⁹ Doch Eugenik lässt sich nicht auf nationalsozialistische Systeme beschränken. Eugenische Denk- und Handlungsmuster bestanden auch in der Schweiz. Der Rassenhygieniker, Sexualforscher und Psychiater Auguste Forel führte Ende des 19. Jahrhunderts an der Zürcher Klinik Burghölzli Kastrationen durch. Diese galten als die ersten eugenischen „Unfruchtbarmachungen“ in Europa. Die Rechtsgeschichte zeigt, dass der Schweiz bis in die 1930er Jahre eine Vorreiterrolle in der Propagierung und Umsetzung eugenisch motivierter Massnahmen zukam.⁵⁹⁰ Geistesranke konnten ab 1905 gemäss den Richtlinien der Schweizer Psychiater sterilisiert werden. 1912 wurde das Eheverbot für Geistesranke im Schweizer Zivilgesetzbuch festgeschrieben und im Kanton Waadt trat 1928 das erste eugenisch motivierte Zwangssterilisationsgesetz in Europa in Kraft.⁵⁹¹

Diese zurecht als dunkle Seite der Psychiatrie bezeichnete Tatsachen kamen in der Schweiz Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre zur Sprache. Die von der Pro Mente Sana durchgeführten Tagungen zu den Themen Rassismus, Zwang und Eugenik in der Psychiatrie fanden vor allem bei jenen Anklang, die mit der Psychiatrie beruflich oder persönlich zu tun hatten.⁵⁹² Auf die mediale und auf die politische Agenda gelangte die problematische Geschichte der Psychiatrie aber erst nach den provokativen Buchpublikationen des Journalisten Willi

⁵⁸⁹ Vgl. Wecker et al., *Wie nationalsozialistisch war die Eugenik*, 2009, S. 13.

⁵⁹⁰ Vgl. Ebd., S. 1f.

⁵⁹¹ Vgl. Ebd., S. 18.

⁵⁹² Siehe Schriftenreihe der Pro Mente Sana, 1985-1993.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

Wottreng und des Historikers Thomas Huonker Ende der 1990er Jahre und anfangs des 21. Jahrhunderts.⁵⁹³

Hingegen handelte es sich bei der im folgenden beschriebenen Aktion, die im Jahr 1989 vom Frauenwiderstand gegen Psychiatrie und Isolation geplant und umgesetzt wurde um eine vehemente Kritik an der Psychiatrie, die jedoch von den Medien und den VertreterInnen der Politik unbeachtet blieb. Die Aktion war ein *Go-In* in die Personalkantine des Burghölzlis. Die Vorgehensweise war jedoch scheinbar zu radikal, die Vorwürfe zu massiv und die Durchsetzungskraft der Gruppe zu gering, als dass die Kritikpunkte von den VertreterInnen der Psychiatrie aufgenommen worden wären.

Das *Go-In* fand im Sommer 1989 in die Personalkantine des Burghölzlis statt, mit dem Ziel, „über den andauernden Psychiatrie-Rassismus und die Neuroleptika-Katastrophe [zu] informieren und protestieren“.⁵⁹⁴ Die Aktion stand im Zusammenhang mit dem Jubiläum „20 Jahre Frauenbefreiungsbewegung (FBB)“. Dieses wurde im Sommer 1989 damit begangen, dass Frauen die alte FBB beerdigten und zu neuen Aktionen aufriefen. Der Geburtstag war der Auftakt für feministische Aktionen, die unter anderem unter dem Titel „Aktion Tante Adelante“ stattfanden (Abbildung 14).⁵⁹⁵

⁵⁹³ Wottreng, Hirnriss, 1999; Huonker, Anstaltseinweisungen, 2002

⁵⁹⁴ SozArch 437.56.1, Frau und Psychiatrie, Diverses zur Psychiatrie 1978–2000, „Widerstandstexte, Tante Adelante 1989“, Go-In in die Personalkantine des Burghölzlis 1989.

⁵⁹⁵ Vgl. Brutschin, Allein machen sie dich ein, 2010, DVD Teil 5, 3.

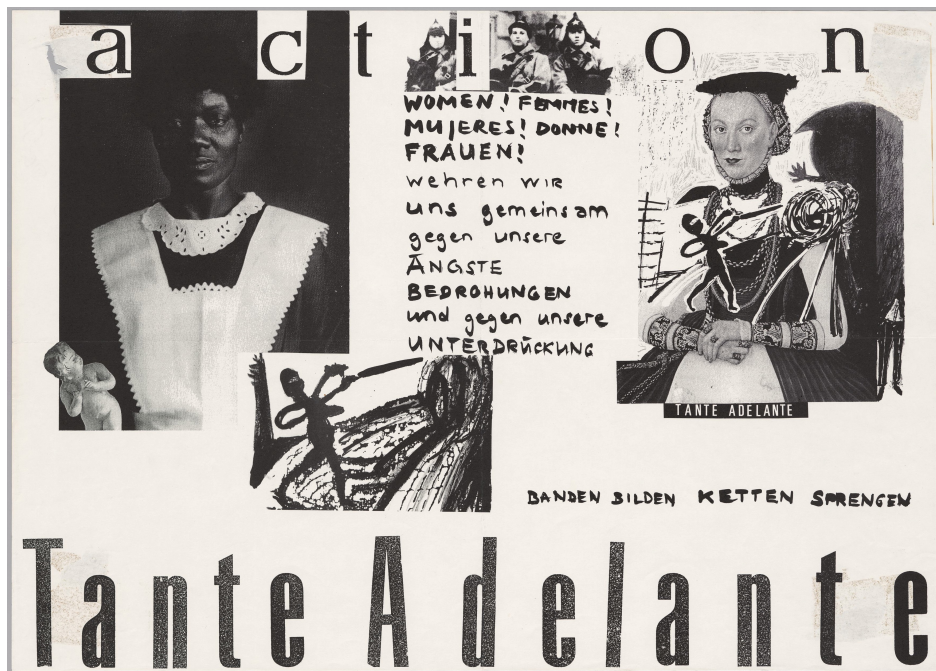


Abbildung 14: Tante Adelante war eine militante Frauenorganisation, die in den späten 1980er und frühen 1990er in Zürich aktiv war. Neben einer provokativen Rhetorik machten die Aktivistinnen mit Hausbesetzungen, Anschlägen gegen Forschungseinrichtungen, Plakat- und Klebeaktionen auf sich aufmerksam.

Zur „Aktion Tante Adelante“ gehörte auch das *Go-In* in die Personalkantine, zu dem sich die Frauen vom „Frauenwiderstand gegen Psychiatrie und Isolation Zürich“ zusammenschlossen.

Die Aktion, deren genaues Datum aus den Quellen nicht hervorgeht, wurde von Handzetteln und einer mündlichen Erklärung über das Anliegen der Aktivistinnen begleitet, die schriftlich festgehalten wurde. Darin hiess es:

Mit der heutigen Aktion wollen wir über den noch heute andauernden Psychiatrie-Rassismus und die Neuroleptika-Katastrophe informieren und protestieren. Wir handeln in Solidarität mit den betroffenen Frauen und Männern und schliessen uns den vielen KritikerInnen an – insbesondere Tante ADE-

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

lante, die schon verschiedentlich auf die Unterdrückung der Frau aufmerksam gemacht hat. Tante ADElante denunzierte die Psychiatrisierung von Frauen als eine der vielen Disziplinierungsmethoden für Frauen, die sich der ihnen aufgezwungenen Rolle verweigern.⁵⁹⁶

Die im Zusammenhang mit dem *Go-In* entstandenen Flugblätter und Schreiben, die an der Aktion verteilt beziehungsweise vorgelesen wurden, zeigen deutlich, dass mit der Kritik an den neuen, medikamentösen Therapien die invasiven Behandlungen und eugenischen Praktiken der Vergangenheit ebenfalls in den Fokus der Kritik rückten. Sichtbar wird das Zusammenkommen mehrerer Vorwürfe gegen die Psychiatrie, der ausbeuterische, manipulative und zerstörerische Kräfte zugeschrieben wurden. Die Dokumente des *Go-In* zeigen das Bild einer Gemengelage von Kritikpunkten, die sich am ehesten mit den Begriffen Faschismus, Rassismus, Nationalsozialismus, Eugenik, Ausbeutung, Neuroleptika-Psychiatrie und Neuroleptika-Katastrophe beschreiben lassen.

Ein Handzettel bestand aus einer kopierten und vergrößerten Tausendernote mit dem Profil des Psychiaters Auguste Forel (Abbildung 15). Dieser war 1879 bis 1898 Psychiater im damaligen Burghölzli gewesen und tatsächlich Ende der 1980er Jahre auf dem Geldschein abgebildet.

⁵⁹⁶ SozArch 437.56.1, Frau und Psychiatrie, Diverses zur Psychiatrie 1978–2000, „Widerstandstexte, Tante Adelante 1989“, Go-In in die Personalkantine des Burghölzlis 1989.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

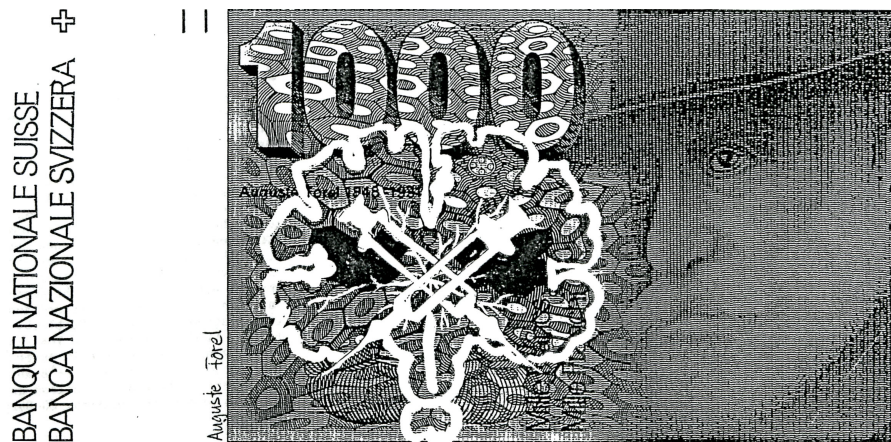


Abbildung 15: Handzettel des Frauenwiderstandes gegen Psychiatrie und Isolation, 1989

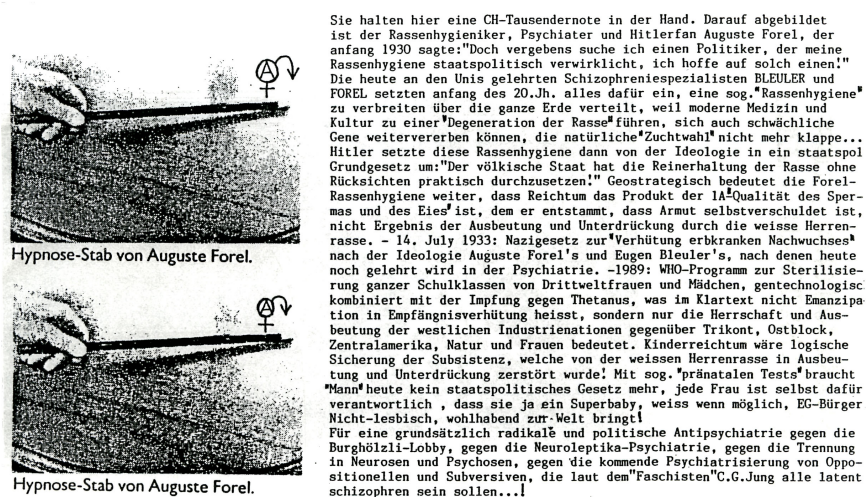


Abbildung 15a

Zusätzlich waren auf dem Handzettel ein Hirn mit zwei überkreuzten Spritzen neben das Profil gezeichnet worden. Forel wurde als „Hitlerfan“ bezeichnet (Abbildung 15a) und die Darstellung des Hirns mit den Spritzen bedient sich dem Bild der invasiven Hirnchirurgie, die am Burghölzli und der späteren Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich bis in die 1960er Jahre durchgeführt wurden; Im Zeitraum 1947 und

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

1952 wurden dort jedes Jahr zwischen 20 bis 35 Hirnoperationen vorgenommen.⁵⁹⁷ Aus der Perspektive der bewegten Frauen, die Kritik an der Psychiatrie übten, waren die Psychopharmaka und unter ihnen vor allem die Neuroleptika die kontinuierliche Fortschreibung von invasiven und irreversiblen psychiatrischen Praxen im Namen eines gesellschaftspolitischen Programms, das keinen Widerstand und Eigensinn aber auch keine Schwäche und Abnormalität zuliess.

Seit den 1990er Jahren wird in der Schweiz die Eugenik intensiv erforscht. Dem vorausgegangen ist die Forderung nach der Entschädigung der Betroffenen von Zwangskastrationen und -sterilisationen. Im Parlament wurde die Forderung schliesslich abgelehnt, führte aber zur Ausschreibung des Nationalfondprogramms 51 des Schweizerischen Nationalfonds mit dem Titel „Integration und Ausschluss“.⁵⁹⁸ Die Studien untersuchen die Rolle von Psychiatrie und Verwaltung bei der Umsetzung und Vertretung eugenischer Massnahmen in der Sozial- und Gesundheitspolitik in verschiedenen Regionen der französisch- und deutschsprachigen Schweiz. Dabei wird aufgrund der systematischen Untersuchung der Krankenakten der Psychiatrischen Kliniken und Polikliniken deutlich, dass die Eingriffe nur zum Teil eugenisch motiviert waren.⁵⁹⁹ Ausschlaggebender war die individuelle Lebenssituation vor allem der Patientinnen. Damit lässt sich auch erklären, weshalb vor allem Frauen aus der Unterschicht im Zentrum der eu-

⁵⁹⁷ Vgl. Meier, *Creating Order*, 2009, S. 152; Vgl. auch: Kapitel 4.1.1 in der vorliegenden Studie.

⁵⁹⁸ Vgl. Wecker et al., *Wie nationalsozialistisch war die Eugenik*, 2009, S. 18f.

⁵⁹⁹ Vgl. Ebd., S. 19; Mottier/ von Mandach, *Pflege, Stigmatisierung und Eugenik*, 2007; Meier et al., *Zwang zur Ordnung*, 2007.

genischen Massnahmen standen.⁶⁰⁰ Letztlich kommen die historischen Arbeiten zum Schluss, dass die eugenischen Begründungen von Sterilisationen und Abtreibungen in der Praxis keine vordergründige Rolle einnahmen, und dennoch Bestandteil einer umfassenden Sexual- und Geschlechterpolitik waren, die Eingriffe in den privaten Bereich ermöglichten.⁶⁰¹

5.5 Exkurs: *Enhancement* mit Psychopharmaka

Die Studien zur Eugenik legen den Schluss nahe, dass zumindest in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts die politische Auffassung vorherrschte, der Staat habe aktiven Einfluss auf die Fortpflanzung sowie die körperliche und psychische Konstitution der BürgerInnen zu nehmen. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts verschob sich diese Politik in Richtung einer autonomen Auffassung der BürgerInnen. Im Zuge der biomedizinischen Entwicklung macht sich ein Phänomen bemerkbar, das man als körperliche und geistige Verbesserungspraktiken bezeichnen kann und unter dem Begriff *Enhancement* zusammengefasst wird. Während die von der populären Evolutionsbiologie zelebrierten Praktiken auf den Stammbaum (Familie), den Genpool (Bevölkerung) und damit auf die Verbesserung des Nachwuchses zie-

⁶⁰⁰ Vgl. Wecker et al., Wie nationalsozialistisch war die Eugenik, 2009, S. 19.

⁶⁰¹ Vgl. Ebd., S. 20.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

len, gehört zum Unternehmen Mensch auch das *Enhancement* des eigenen Körpers mittels leistungssteigernden Substanzen.⁶⁰²

Die Produktion und der Konsum von Psychopharmaka, ob verschrieben oder als Selbstmedikation, sind integraler Bestandteil des 20. und 21. Jahrhunderts. Es ist eine Zeit, in der Geschwindigkeit, Unsicherheit aber auch die Suche nach Vergnügen und Glück die Grenze zwischen Behandlung und *Enhancement* von Geist und Körper mit Psychopharmaka neu definieren.⁶⁰³ Doch lange vor Prozac, das seit den 1990er Jahren als *Emotional Aspirin* zur Moderierung der Stimmung Anwendung findet, waren Menschen daran interessiert, psychotropische Substanzen zu konsumieren, um sich in der modernen Welt besser zu fühlen und nicht um psychische Krankheiten zu behandeln. Der Glaube an Wundermittel für die geistige Leistungsfähigkeit ist schon im 19. Jahrhundert nachzuweisen, an dieser Stelle wird jedoch ausschliesslich auf die neuen Psychopharmaka, die seit den 1950er Jahren zur Anwendung kamen, eingegangen.⁶⁰⁴

Die *chemische Keule*, die *Happy Pills* und die *Miracle Drugs* – wie die Psychopharmaka negativ und positiv bezeichnet werden – haben die Entwicklung der Psychopharmakologie nicht linear vorantrieben, trotzdem lässt sich eine Kontinuität feststellen. Der Zeitpunkt der ersten Anwendung von Largactil ist der Beginn einer Maschinerie zur

⁶⁰² Vgl. Heer/ Stehli, Das Unternehmen Mensch auf dem Markt der Evolution, 2008, S. 4-6; Lenk, Den gesunden Körper verbessern?, 2006, S. 3. *Enhancement* heisst Verstärkung, Verbesserung, Aufwertung.

⁶⁰³ Vgl. Pieters/ Snelders, Psychotropic Drugs Use, 2009, S. 64.

⁶⁰⁴ Ebd.

Erfindung von Psychopharmaka.⁶⁰⁵ Die so genannte Erfindung von Psychopharmaka geht im 21. Jahrhundert noch einen Schritt weiter. Eine aktuelle Debatte ist um die Doping-Gesellschaft entstanden. Gesunde verwenden Psychopharmaka zur Leistungssteigerung, um die Anforderungen in Beruf und Freizeit besser zu bewältigen. Der negativ besetzte Begriff des Hirndopings wird dabei durch den neutraleren Begriff *Neuro-Enhancement* ersetzt.⁶⁰⁶

Es ist eine neue Debatte über alte Substanzen, denn zu den heute gebräuchlichsten *Neuro-Enhancern* gehören bewährte Antidepressiva und Wachmacher wie Ritalin, das seit 1954 erhältlich ist.⁶⁰⁷ Gemäss einigen WissenschaftlerInnen, die sich in die Debatte zur Doping-Gesellschaft einschalten, ist grundsätzlich nichts gegen die pharmazeutische Verbesserung des Gehirns oder der Psyche bei gesunden Menschen einzuwenden.⁶⁰⁸ Die zu klärende Frage sei, wie hoch das mit der Einnahme von *Neuro-Enhancern* verbundene Risiko für die Konsumierenden ist. Das sind provozierende Aussagen in einem Artikel, der ausgewogener ist als eine ähnliche angelsächsische Publikation des Nature-Chefredaktors Philip Campbell und seinen KollegInnen.⁶⁰⁹

⁶⁰⁵ Vgl. Pignarre, Psychotrope Kräfte, 2006, S. 75.

⁶⁰⁶ Vgl. Stallmach, Auf dem Weg zur Doping-Gesellschaft?, 2009, S. 60.

⁶⁰⁷ Vgl. Riederer/ Laux/ Pöldinger, Neuro-Psychopharmaka, 1992, Band 1, S. 63.

⁶⁰⁸ Galert et al., Das optimierte Hirn, 2009, S. 40-51. Das Memorandum zu *Neuro-Enhancement* haben sieben deutsche WissenschaftlerInnen herausgegeben, finanziert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung. In der Schweiz beginnt die Debatte erst.

⁶⁰⁹ Greely et al., Towards Responsible Use of Cognitive-enhancing Drugs by The Healthy, 2008, S. 702-705.

5 Entgrenzung der Therapie ab 1960

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung gilt es die Psychiatrie nicht alleine dem Dialog mit den Neurowissenschaften zu überlassen. Weil die Neurowissenschaften Gefahr laufen, nur den neuronalen Mikrofokus zu betrachten, braucht es immer wieder den Hinweis auf den dynamischen Lebensprozess eines Wesens. Dieser findet im Austausch mit der Umwelt statt, denn Menschen sind wie alle Wesen der Erde nicht in ihrem Kopf zu Hause, sondern in der Welt.⁶¹⁰

Es gibt von Berufes wegen aufmerksame ZeitgenossInnen. Zu diesen zählen JournalistInnen und EthikerInnen. Es besteht jedoch die Tendenz sich lieber auf das „spektakulär Spekulative“⁶¹¹ zu konzentrieren. Der Medizin-Anthropologe Nicolas Langlitz äusserte sich im Januar 2010 in der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung zur bioethischen Debatte über psychoaktive, leistungssteigernde Substanzen. Seiner Meinung nach würden JournalistInnen und EthikerInnen allzu gerne Science-Fiction-Bücher lesen. Zu dieser polemischen Bemerkung lässt sich etwas zurückhaltender ergänzen, dass oft der historische Blick fehlt, mit dem sich allzu hoch greifende Zukunftsvisionen massgeblich relativieren lassen. Geschichts- und sozialwissenschaftliche Arbeiten können einen Beitrag leisten, indem danach gefragt wird, wie sich Körperbilder mit Konzepten des *Public Health* und der individuellen Gesundheitsfürsorge vermischen und wie Vorstellungen von Normalität und Ästhetik neue Gesundheitsprodukte hervorbringen. Tatsache ist, dass die chemisch-pharmazeutischen Produkte für psy-

⁶¹⁰ Vgl. Noë, *Du bist nicht dein Gehirn*, 2010; Vgl. dazu die Buchbesprechung in der NZZ, 19.10.2010, S. 47.

⁶¹¹ Langlitz, *Das Gehirn ist kein Muskel*, 2010, o.S.

chische und körperliche Fitness, Verjüngung, Leistungssteigerung, Ernährung und Krankheitsprävention stark zugenommen haben.⁶¹²

So aufregend die Vorstellung sein mag, dass sich die Grenze von Behandlungen und *Enhancement* des Körpers und des Geistes weiter in Richtung unbekannter Gebiete der menschlichen Beschaffenheit und des menschlichen Verhaltens verschiebt, so bedenkenswert ist die Feststellung, dass enorme Probleme aufgrund von iatrogenen Abhängigkeiten – das bedeutet Abhängigkeiten in Folge einer ärztlichen Behandlung – entstehen.⁶¹³ Die Euphorie bezüglich *Enhancement* verdeckt nicht nur das Abhängigkeitspotential, sondern lässt auch die in der vorliegenden Studie thematisierten Momente des Unwissens, die beim Gebrauch von Psychopharmaka festzustellen sind ausser Acht und lässt die Prekarität der Psychopharmaka unberücksichtigt. Es sind die Psychopharmaka als prekäre Substanzen, die einem Menschen möglicherweise in einem prekären psychischen Zustand oder einem unsicheren Umfeld helfen. Der Begriff *Enhancement* überdeckt diese zweifache Prekarität, die sich sowohl auf die Substanzen als auch die Situation eines Menschen bezieht. Damit wird *Enhancement* nicht lediglich zu ei-

⁶¹² Vgl. Orland, *Wo hören Körper auf und fängt die Technik an?*, 2005, S. 30.

⁶¹³ Vgl. Pieters/ Snelders, *Psychotropic Drugs Use*, 2009, S. 63. Der Hinweis auf iatrogene Abhängigkeit verweist auf handfeste Schwierigkeiten, gleichzeitig muss man sich über das Ausmass des aufwändig geführten Krieges gegen Drogen und dem Desaster internationaler Drogenpolitik bewusst sein: Amendt, *Gewinner und Verlierer*, 2000, S. 197-210; Zum Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten hat Etienne Maffli von der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme Zahlen und Fakten zusammengestellt, die von Thomas Meyer (Forel Klinik) wiederum kritisiert wurden. Vgl. Meyer, *Es gibt keine Evidenz für das Abhängigkeitspotential von Antidepressiva*, 2006, S. 77 und: Maffli, *Und wenn es doch Evidenz für das Abhängigkeitspotential von Antidepressiva gäbe?*, 2006, S. 78; Ders., *Zahlen und Fakten zum Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten in der Schweiz 1992-2003*, 2005, S. 5-19.

5 *Entgrenzung der Therapie ab 1960*

nem Instrument, das den Handlungsspielraum öffnet, sondern auch zu einem Hindernis. Es erschwert das Potential eines prekären Umfeldes und die darin gemachten Erfahrungen ernst zu nehmen. Der Soziologe Urs Jaeggi hebt die Möglichkeiten, die mit Prekarität verbunden sind, hervor und schreibt: „In einer rundum prekären Welt bringen prekär Situierte Erfahrungen mit, die eine Gesellschaft braucht und die sie nützen müsste.“⁶¹⁴ Der Psychiatriehistoriker Roy Porter hat zu Beginn des 21. Jahrhunderts darauf hingewiesen, dass die Psychiatrie aufpassen müsse, damit sie nicht zum drogengetriebenen Unternehmen werde.⁶¹⁵ Mit der Entgrenzung der psychopharmakologischen Therapie beginnt sich das Bild einer drogengetriebenen Konsumgesellschaft abzuzeichnen.

⁶¹⁴ Jaeggi, *Durcheinandergesellschaft*, 2008, S. 9.

⁶¹⁵ Porter, *Madness*, 2002, S. 207.

6 Zusammenfassung: Im Zwischenraum der Extreme

Nicht nur die Psychopharmaka, sondern auch die Quellen, welche die Grundlagen dieser Studie bilden, sind als Phänomene zu begreifen, die unzählige Aspekte, Sichtweisen und Stimmen enthalten – eine multiple Realität. Streng methodisch ist „beziehungsreich“ sicher kein gehaltvoller Begriff, doch für die Arbeit im Archiv und jene am Text diene er dazu im Zwischenbereich von Beliebigkeit und Einseitigkeit eine Position zu erkennen. Die Einträge in Krankenakten, die Zitate aus Fachzeitschriften und die Ausführungen in Jahresberichten der Kliniken erzählen nicht die gleiche Geschichte über die Einführung und Erprobung von Psychopharmaka. Die aus der Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse sind jeweils bei jedem der vier Hauptkapitel (2, 3, 4 und 5) in einem Fazit aufgeführt. Die Zusammenfassung in diesem Kapitel 6 ist deshalb keine Wiederholung der bereits formulierten Folgerungen, sondern sie setzt die Erkenntnisse aus der Forschungsarbeit mit zwei vordergründigen Stossrichtungen der psychiatriehistorischen Forschung in Bezug.

Die Psychiatriegeschichte ist geprägt von unterschiedlichen Lesarten und zahlreichen Perspektiven. Unter den Bezeichnungen „Fortschritts-“ beziehungsweise „Sozialdisziplinierungshypothese“ lassen sich zwei kontroverse Positionen zusammenfassen. Je nach Blickwinkel erscheint die moderne Anstaltspsychiatrie in einem

ganz anderen Licht. Im Folgenden werden die beiden Hypothesen geschildert, um vor diesem Hintergrund und aufgrund der im Verlaufe der Studie gewonnenen Erkenntnisse eine Psychiatriegeschichte stark zu machen, die das Erkenntnisinteresse auf die Zwischenräume der Extrempositionen, die entweder die Psychiatrie emporheben oder ablehnen, richtet.⁶¹⁶ Mit einem solchen Ansatz ist es möglich, Widersprüche zu berücksichtigen, die unterbelichtet bleiben, wenn die Einführung neuer Psychopharmaka in der Psychiatrie und die klinische Forschung mit neuen Substanzen als kontinuierliche Erfolgs- oder Disziplinierungsgeschichte erzählt wird.

Die „Sozialdisziplinierungshypothese“

Die Diskrepanz zwischen hoffnungsvollen Erwartungen an die Psychiatrie und der Realität des Klinikalltags, wie auch die Machtasymmetrie zwischen Psychiatern, Pflegepersonal und PatientInnen sowie die Disziplinierung und Stigmatisierung der PatientInnen wurden in der Geschichte der Psychiatrie seit den 1960er Jahren problematisiert.⁶¹⁷ Psychiatrische Kliniken sind gemäss Michel Foucault „Abweichungsheterotopien“, das heisst Orte, die eine Gesellschaft an ihren Rändern für normabweichende Personen unterhält.⁶¹⁸

Die „Sozialdisziplinierungshypothese“ als eine Deutung der Psychiatrie steht in engem Bezug zu Michel Foucaults Darstellungen der Psychiatrie als Ordnungsinstitution. Der französische Historiker und

⁶¹⁶ Vgl. auch: Meier et al., Zwang zur Ordnung, 2007, S. 25-27.

⁶¹⁷ Vgl. Ebd., S. 47.

⁶¹⁸ Foucault, Heterotopien, 2005, S. 12.

Philosoph gilt als ein Klassiker der Psychiatriegeschichte. Seine strukturalistische Deutung der Geisteskrankheiten nimmt eine gesellschaftskritische Perspektive ein und beschreibt medikale Machtverhältnisse, die durch Wissenstechniken und disziplinäre Dispositionen bestehen und reproduziert werden.⁶¹⁹ Seine Genealogie der modernen Psychiatrie hat den Weg für zahlreiche psychiatriekritische Arbeiten geebnet.⁶²⁰ Darin erscheint die Psychiatrie als Institution, die – Zwang und Gewalt ausübend – die PatientInnen kontrolliert und diszipliniert.

Zu den psychiatriekritischen Werken im Anschluss an Foucault zählt auch die Arbeit des Soziologen Erving Goffman. Er bezeichnet die Anstaltspsychiatrie als „totale Institution“.⁶²¹ In „totalen Institutionen“ laufen Prozesse ab, die das Ich der Insassen systematisch, wenn auch häufig ohne Absicht, demütigen.⁶²² Die PatientInnen seien durch die Psychiatrie stärker geprägt als durch ihr angebliches Kranksein. Aus der Sicht von Erving Goffman, sind nicht die PatientInnen krank, sondern die Psychiatrie macht sie krank. Radikal umgesetzt wurde diese „Hospitalismus-Kritik“ in den 1960er Jahren durch den Reformpsychiater Franco Basaglia in Italien.⁶²³ Durch die Öffnung der Anstalten sollten die ehemaligen PatientInnen in die (familiäre) Ge-

⁶¹⁹ Ders., *Wahnsinn und Gesellschaft*, 1996 (erstmalig 1961); Ders., *Die Geburt der Klinik*, 1996 (erstmalig 1963); Ders., *Psychologie und Geisteskrankheit*, 1968; Ders., *Die Macht der Psychiatrie*, 2005 (Cours au Collège de France 1973-1974).

⁶²⁰ Zu den psychiatriekritischen Arbeiten zählen: Goffman, *Asyle*, 1972 (erstmalig 1961); Castel, *L'ordre psychiatrique*, 1976; Rosen, *Madness in Society*, 1968; Scull, *Museums of Madness*, 1979; Dörner, *Bürger und Irre*, 1969.

⁶²¹ Goffman, *Asyle*, 1972, S. 11, 16.

⁶²² Ebd., S. 25.

⁶²³ Vgl. Meier/ Hürlimann/ Bernet, *Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870-1970*, 2002, 25.

6 Zusammenfassung: Im Zwischenraum der Extreme

meinschaft zurückgeführt und integriert werden. Das Vorhaben scheiterte, da die Familien und die soziale Gemeinschaft von der Aufgabe, für die PatientInnen zu sorgen, überfordert waren.

Die Kritik an der Psychiatrie war keine neue Erscheinung des 20. Jahrhunderts, sondern wurde im Zuge der Aufklärung formuliert und stark in Bezug zur Freiheit als Grundwert gesetzt.⁶²⁴ In den 1960er und 1970er Jahren aktualisierten und radikalisierten (ehemalige) PsychiaterInnen und andere Psychiatrieinteressierte den Reformanspruch an die Psychiatrie.⁶²⁵ Die Kritik an der Psychiatrie ging von Frankreich, Italien, England und den USA aus und wurde in der Schweiz etwas verzögert aufgenommen.

Vor allem in den 1980er Jahren erschienen weltweit kritische Beiträge in Buchform oder als Zeitungsartikel von PatientInnen und PsychiaterInnen, die über ihre Erfahrung mit der Psychiatrie und insbesondere mit den medikamentösen Behandlungen berichteten.⁶²⁶ Neben den gravierenden und gefährlichen Nebenwirkungen der Medikamente wurde auch die Zwangsproblematik angesprochen. Mit der Ablehnung der Psychopharmaka verbunden war der Verdacht, dass die Psychiatrie die PatientInnen manipulierte und zum Zwecke der Wahrung der Anstaltsordnung disziplinierte. Aus dieser

⁶²⁴ Vgl. Meier et al., *Zwang zur Ordnung*, 2007, S. 20.

⁶²⁵ In der Schweiz bspw.: Rothschild, *Diagnose: Psychiater*, 1982; Rufer, *Irrsinn Psychiatrie*, 1988; Ruckstuhl, *Einspruch: 10 Thesen gegen Neuroleptika*, 1988, S. 29-33.

⁶²⁶ Vgl. z.B. für die Schweiz: Meier, *Ich bin zwar im Irrenhaus den Kältetod des Gefühls gestorben, aber soviel kann ich noch empfinden*, 1988, S. 38; Vogt, *Vergessen und Erinnern*, 1980; für Deutschland: Lehmann, *Der chemische Knebel*, 1986; für die USA: Breggin, *Toxic Psychiatry*, 1991; Milett, *The Loony-Bin Trip*, 1990.

Perspektive war die medikamentöse Behandlung die Durchsetzung der psychiatrischen Ordnung gegen den Willen der PatientInnen. Die Vorwürfe gingen dahin, dass es keine therapeutischen Motive für die Psychopharmaka geben würde und ihre Verabreichung lediglich zur Ruhigstellung der PatientInnen diene, an denen „Zwang mit anderen Mitteln“ angewendet werde.

Die „Fortschritthypothese“

Eine gegensätzliche Stossrichtung zur „Sozialdisziplinierungshypothese“ bei der Betrachtung der modernen Anstaltspsychiatrie ist die medizinische „Fortschritthypothese“. PsychiaterInnen, die sich dieser Richtung verpflichtet fühlen, beschreiben die Entwicklung der Psychiatrie aus der psychiatrischen Binnensicht.⁶²⁷ Von dieser Warte aus erscheint der Wandel der Psychiatrie als ein Fortschrittsprozess, in dem Zwangsmassnahmen stetig abgebaut wurden. Der Schutz und die Heilung der PatientInnen als Aufgabe der Psychiatrie traten in den Vordergrund. Die Verwahranstalten für Geisteskranke und Hirngeschädigte sollten der Vergangenheit angehören. Wichtige Stationen in diesem Prozess waren das Plädoyer des französischen Psychiaters Philippe Pinel für die „Befreiung der Geisteskranken von ihren Ketten“ im Jahre 1793 und das *No-Restraint*-Prinzip des Londoners John Conolly Mitte des 19. Jahrhunderts.⁶²⁸

⁶²⁷ z.B. Ackerknecht, Kurze Geschichte der Psychiatrie, 1957; Müller, Erinnerungen. Erlebte Psychiatriegeschichte 1920-1960, 1982; Vgl. auch: Gasser, Versuch einer Bibliographie zur Geschichte der Psychiatrie in der Schweiz, 2000.

⁶²⁸ Vgl. Meier et al., Zwang zur Ordnung, 2007, S. 20f.

6 Zusammenfassung: Im Zwischenraum der Extreme

Aus der Sicht der Fortschrittshypothese, die von HistorikerInnen wie Edward Shorter und Anne Caldwell und dem Neurowissenschaftler Eric Kandel vertreten wird, erscheinen die Psychopharmaka vor dem dunklen Hintergrund der grossen, einschneidenden somatischen Kuren als feine, gezielte Behandlungsmethode, die das Leiden massgeblich linderten und die therapeutische Arbeit erleichterten. Der Medizinhistoriker Edward Shorter gibt in seiner „Geschichte der Psychiatrie“ die Veränderung des psychiatrischen Klinikalltags wieder, die sich in den 1950er Jahren vollzog. Zwangsjacken, körperliche Behandlungen, Lärm und Unruhe waren Teil einer düsteren Vergangenheit der Psychiatrie.⁶²⁹ Chlorpromazin brachte der Psychiatrie die „pharmakologische Revolution“.⁶³⁰ Nachdem die französische Psychiatrie im 18. Jahrhundert die Gefesselten von ihren Ketten löste, sei ihr mit den neuen Medikamenten das Glanzstück gelungen, die PatientInnen von ihren quälenden Seelenzuständen zu befreien.⁶³¹

Die Psychopharmakologie stellte ab den 1950er Jahren eine wichtige Komponente der Hirnforschung dar, mit der die Auswirkungen der Medikamente auf das Gehirn untersucht wurden.⁶³² Die PsychiaterInnen vermuteten, dass psychische Krankheiten auf biologische Ursachen zurückzuführen waren. Der biologische Ansatz kam bereits im 19. Jahrhundert in der Psychiatrie zur Anwendung. Psychiater versuchten mit systematischer Forschung, Zusammenhänge zwischen Geist und Ge-

⁶²⁹ Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, 1999, S. 376.

⁶³⁰ Vgl. Caldwell, *Origins of Psychopharmacology*. 1970, S. 54.

⁶³¹ Vgl. Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, 1999, S. 376.

⁶³² Vgl. Ebd., S. 396.

hirn aufzudecken.⁶³³ Mit klinisch-pathologischen Methoden begannen Mediziner und unter ihnen auch Psychiater Autopsien durchzuführen, um dann die dadurch gewonnenen Erkenntnisse mit den bekannten Symptomen zu vergleichen. Die Vertreter der Psychiatrie erhofften sich, aufgrund der Erforschung der Hirnanatomie die Gültigkeit des biologischen Ansatzes bestätigen zu können.⁶³⁴ Als jedoch Ende des 19. Jahrhunderts neue Betrachtungsweisen psychischer Krankheiten entstanden, verlor die biologische Psychiatrie an Einfluss. Stattdessen versuchten Psychiater psychische Krankheiten anhand ihres Verlaufs und ihres Ausgangspunktes zu erfassen.⁶³⁵

Mit der Einführung der Psychopharmaka in den 1950er Jahren war das Interesse für die „Biologie der Geisteskrankheiten“ erneut geweckt und die Psychiatrie trieb die Erforschung der Genetik von Schizophrenien und Depressionen voran.⁶³⁶ Der amerikanische Neurowissenschaftler Eric Richard Kandel spricht rückblickend von einem klaren Bruch mit der psychanalytischen Tradition in den 1950er Jahren. Kandel interpretiert die Rückkehr der Psychiatrie zu einem medizinischen Spezialgebiet als fortschrittliche Entwicklung. Seiner Meinung

⁶³³ Vgl. Ebd., S. 114.; Shorter spricht von der ersten biologischen Psychiatrie im 19. Jahrhundert und von der zweiten biologischen Psychiatrie ab den 1950er Jahren, vgl., S. 113, 359. Vgl. auch Matthias Weber, der die Psychopharmakologie Mitte des 19. Jahrhunderts als Resultat des steigenden Einflusses eines naturwissenschaftlichen Denkstiles in der Psychiatrie sieht: Weber, Die moderne Psychopharmakologie aus wissenschaftshistorischer Sicht, 2008, S. 12f.

⁶³⁴ Für Deutschland, Frankreich und USA vgl. Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 1999, S. 116-156.

⁶³⁵ Vgl. Ebd., S. 161; Wichtig für diese Entwicklung waren, gemäss Shorter die Arbeiten des Psychiaters Emil Krapelin (1856-1926), vgl. dazu ausführlich: Shorter, Geschichte der Psychiatrie, 1999, S. 156-169.

⁶³⁶ Vgl. Kandel, A New Intellectual Framework for Psychiatry, 1998, S. 459.

6 Zusammenfassung: Im Zwischenraum der Extreme

nach hatte die biologische Psychiatrie, jene Ansicht, dass psychische Störungen Teil einer gestörten Hirnfunktion seien, den Sieg davongetragen.⁶³⁷

Die biologischen Denkmuster boten einen fruchtbaren Boden für die Anwendung der Medikamente und die Psychopharmaka setzten sich in der Psychiatrie rasch durch.⁶³⁸ Forciert durch die pharmazeutische Industrie, die nach neuen Stoffen suchte und bekannte Substanzen systematisierte, begann anfangs der 1950er Jahre das „psychopharmakologische Zeitalter“ in der Psychiatrie.⁶³⁹

Auch der Historiker Matthew Smith kommt in seinem Artikel „Hyperactivity and the Evolution of American Psychiatry 1957-1980“ zum Schluss, dass sich in diesem Themenfeld eine für die Psychiatrie allgemein gültige Verschiebung von der freudschen Psychoanalyse zur einer neurowissenschaftlich basierten Psychiatrie vollzog. Die biologisch ausgerichteten PsychiaterInnen dominierten in der Debatte über die Behandlung hyperaktiver Kinder im Gegensatz zu den soziologisch und psychoanalytisch ausgerichteten KollegInnen – nicht weil der biologische Ansatz wissenschaftlicher war –, sondern weil er praktischer, effizienter und kostengünstiger erschien.⁶⁴⁰

Wie Eric Kandels und Eward Shorters Beiträge und Studien zeigen, waren biologisch ausgerichtete PsychiaterInnen enthusiastisch in Anbetracht des Wandels, der sich vollzog und bezeichnenderweise

⁶³⁷ Ebd., S. 457-459.

⁶³⁸ Vgl. Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, 1999, S. 370.

⁶³⁹ Vgl. Rollin, *The Dark before Dawn*, 1990, S. 113f.

⁶⁴⁰ Smith, *Limited Psychiatry: Hyperactivity and the Evolution of American Psychiatry 1957-1980*, 2008, S. 541, 554.

auch im Handbuch zur Bestimmung psychischer Krankheiten sichtbar wurde. Ende der 1970er Jahre fanden in den USA psychoanalytische Erklärungen für Hyperaktivität und andere psychische Krankheiten keinen Eingang mehr im DSM-III (Dritte Ausgabe des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Ironischerweise öffnete aber die Definition von Hyperaktivität als neurologische Erkrankung das Feld für NeuropsychologInnen, die zwar keine Medikamente verschreiben konnten, aber ihre KlientInnen nicht dazu veranlassten, speziell beim den PsychiaterInnen um ein Rezept anzufragen, weil die PatientInnen das Medikament bei den HausärztInnen beziehen konnten.⁶⁴¹

Psychopharmaka im Zwischenraum der multiplen Realität

Die vorliegende Arbeit betrachtet die Anwendung von Psychopharmaka als ein komplexes Phänomen, das sich nicht allein mit den zwei besagten Hypothesen fassen lässt. Tatsächlich stellt sich die Frage, weshalb gerade die erwähnten AutorInnen in der Zusammenfassung verwendet wurden und jüngere psychiatriehistorische Arbeiten aus dem deutschsprachigen Raum unberücksichtigt blieben.⁶⁴² Bezeichnenderweise sind die unter den Hypothesen vorgestellten Studien und Positionen mehrheitlich im angelsächsischen Raum zu verorten und befassen sich mit grösseren Tendenzen innerhalb des wissenschaftlichen Gebietes Psychiatrie. Die in der vorliegenden Studie geleistete Arbeit bezieht sich hingegen auf einen sehr viel kleineren zeitlichen und räum-

⁶⁴¹ Vgl. Ebd., S. 553f.

⁶⁴² Bspw. Balz, *Zwischen Wirkung und Erfahrung*, 2010.

6 Zusammenfassung: Im Zwischenraum der Extreme

lichen Ausschnitt und setzte mit der psychiatrischen Praxis und der Forschung mit Psychopharmaka in den psychiatrischen Kliniken zwei Schwerpunkte der Untersuchung. Interessant ist, dass gerade in der Kontrastierung unterschiedlicher psychiatriehistorischer Arbeiten, wie dies in Kapitel 6 geschah, verschiedene Blickwinkel auf die Geschichte der Psychiatrie im Zusammenhang mit der Einführung von Psychopharmaka festzustellen sind. Für ein solches Vorgehen boten die Ausführungen von Eric Kandel und Edward Shorter aber auch die psychiatriekritische Literatur gerade durch ihre wertenden Positionierungen eine gute Ausgangslage.

Das Forschungsvorhaben der historische Untersuchung orientierte sich an der Frage, was in den beiden psychiatrischen Kliniken in Zürich und Münsterlingen bei der Einführung, dem Gebrauch und der Erforschung von Psychopharmaka seit 1950 bis 1980 geschah. Die Auseinandersetzung mit den Kliniken hat die Gleichzeitigkeit von medizinischem Fortschrittsglauben und Problematisierung der Psychopharmaka aufgrund von Praxis- und Forschungserfahrungen von Seiten des Pflegepersonals, der PatientInnen als auch von Seiten der PsychiaterInnen veranschaulicht. Zudem wurde deutlich, dass gesellschaftliche und politische Strömungen auch in der Klinik einen Niederschlag fanden.

Feststellen lassen sich in erster Linie Suchbewegungen, die von allen beteiligten AkteurInnen ausgeführt wurden. Für die PatientInnen erwiesen sich die Psychopharmaka als wertvolle Hilfe in schwierigen Situationen, wobei die Medikamente durch die Nebenwirkungen auch zur Belastung werden konnten. Das Pflegepersonal sah die unheimliche Komponente ihrer Wirkungskraft und strich das entlastende Moment im beruhigten Klinikalltag hervor. Die PsychiaterInnen hatten

mit den Psychopharmaka neue Mittel in der Hand um zu therapieren und mussten mit der Unberechenbarkeit der Krankheiten und der Substanzen umgehen. Die Medikamente verstärkten den Trend zur organisch-biologischen Konzeption psychischer Krankheiten, wobei keine der beiden untersuchten Kliniken ihr psychotherapeutisches Selbstverständnis aufgab. Für die pharmazeutische Industrie waren die Psychopharmaka ein wichtiger Bestandteil ihrer Produktpalette und ein innovativer, finanziell interessanter Aspekt ihrer Forschung. Gleichzeitig waren die Firmen auf die Rückmeldungen aus den Kliniken angewiesen und standen mit den KlinikerInnen im Konflikt, die eine möglichst enge Indikationsstellung verlangten. Für die VertreterInnen der Antipsychiatrie und der Psychiatriekritik waren die Medikamente Gegenstand einer umfassenden Kritik an der Psychiatrie und ihren Behandlungsmethoden. Diese verschiedenen und zum Teil widersprüchlichen Ansichten und Interessen waren und sind nur schwer zu vermitteln. Für eine historische Untersuchung ist es angebracht, Psychopharmaka als ein Phänomen zu begreifen, das all diese Aspekte beinhaltet.⁶⁴³ Eine solche multiple Realität verdeutlicht nochmals das Oszillieren der Arzneimittel zwischen Heil und Verderben und verweist auf die, vor allem vom Pflegepersonal empfundene und thematisierte Ambivalenz. Diese ist ein Bestandteil der Medikamente, der sich für die Geschichte über die Einführung von Psychopharmaka in zwei psychiatrischen Kliniken der Schweiz als produktiv erwiesen hat.

⁶⁴³ Vgl. für eine ähnliche Sichtweise (Multiple Reality) auf ein anderes Thema (Schizophrenie) die Überlegung von: Barrett, *The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia*, 1996, S. 3.

7 Schlusspunkte und Suchbewegungen

Dieses Kapitel befasst sich mit den Möglichkeiten und Grenzen des psychiatriehistorischen Arbeitens zum Thema Psychopharmaka. Die vorliegende Studie hat den Gebrauch von Psychopharmaka in Klinik und Gesellschaft als ein komplexes Phänomen geschildert und die Prekarität der Substanzen an Beispielen aus den psychiatrischen Kliniken, der psychopharmakologischen Forschung und der ambulanten Anwendung festgemacht. Deutlich wurden dabei die langjährigen Suchbewegungen der PsychiaterInnen beim Gebrauch und Erforschen der Psychopharmaka. Sowohl die ambivalente Haltung des Pflegepersonals als auch die schwierigen psychischen und körperlichen Zustände der PatientInnen verweisen auf nie endenden *trial and error*.

Der Schweizer Filmautor Heinz Bütler führte im Jahr 1996 ein Gespräch mit G.K., der mit der Diagnose Schizophrenie seit Jahrzehnten in der psychiatrischen Klinik lebte. Das Gespräch wurde im *NZZ Folio* mit dem Titel „Krank im Kopf“ abgedruckt.⁶⁴⁴

Heinz Bütler: Was wollen sie [die Stimmen] von Ihnen?

G.K.: Ja, die Frage kann man sich stellen. Man ist im Verhör, und sie reden in den Kern des Hirns hinein. Ich weiss nicht, warum sie sich rächen wollen an mir. Wenn man die Psychiatrie

⁶⁴⁴ Bütler und G.K., Den eigenen Menschen studieren, 1996, S. 13-20.

7 Schlusspunkte und Suchbewegungen

vielleicht weglassen könnte, wären die Stimmen auch weg. Man sollte den Kopf so erweitern, dass die Krankheit weggeht. Für gute Sachen sollte man Symptome haben, und für schlechte sollte man sie meiden können. Warum machen sie mich nicht gesund? Es ist ein Rätsel.⁶⁴⁵

Warum machen sie mich nicht gesund? G.K. hängt dieser Frage die hilflose und gleichzeitig präzise treffende Bemerkung „Es ist ein Rätsel“ an. Sorgfältig beschreibt Bütler G.K.s Fähigkeit „ein 'Ja, ja', dem nichts vorausgeht und dem nichts folgt, so vielsagend vor sich hin zu murmeln, dass es eine überzeugende Antwort auf den Zustand der Welt wird, von der G.K. einmal sagte, sie sei 'ein Kampf und ein Zirkus'“. ⁶⁴⁶

Selbstbeschreibungen von PatientInnen finden sich in den Krankenakten nur in vermittelter Form, da die Aufzeichnungen vom Pflegepersonal verfasst wurden. Dokumente, in denen PatientInnen selbst ihre Situation schilderten, kommen im Vergleich zu den zahlreichen Unterlagen der Klinik in den Krankenakten nur wenig vor.⁶⁴⁷ Die vorliegende Arbeit konnte jedoch zeigen, dass Krankenakten neben anderen psychiatrischen Akten einen wichtigen Quellenbestand darstellen, mit dem ein Beitrag zur Rekonstruktion psychiatriehistorischer Entwicklungen und zur Beantwortung von historischen Forschungsfragen geleistet werden kann. Dazu sollen abschliessend einige Überlegungen formuliert werden.

⁶⁴⁵ Ebd., S. 18.

⁶⁴⁶ Ebd.

⁶⁴⁷ Für das Beispiel eines Briefes eines Patienten an den Klinikdirektor der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich aus dem Jahr 1964 vgl. Kapitel 4.1.3

7.1 Quellenzugang als Herausforderung

Die Einsicht in die Verwaltungsakten der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich erforderte ein Gesuch, das beim Staatsarchiv eingereicht wurde.⁶⁴⁸ Dies geschah am 8. September 2008 und im darauf folgenden Monat wurde die Bewilligung erteilt. Dies wäre kurze Zeit später nicht mehr möglich gewesen, denn ab dem 1. Oktober 2008 trat ein neues kantonales Gesetz über die Information und den Datenschutz (IDG) in Kraft. Vor allem §12, der die Erkennbarkeit der Beschaffung festlegt, kann für psychiatriehistorische Arbeiten, die mit Personendaten arbeiten, zur kaum überwindbaren Hürde werden. Das Gesetz verlangt nämlich, dass die Beschaffung von Personendaten und insbesondere ihre Bearbeitung für die betroffenen Personen erkennbar sein muss und sie darüber informiert werden müssen. Weiter verlangt §9, dass Personendaten nur zum Zwecke bearbeitet werden dürfen, zu welchem sie erhoben wurden. Ausgenommen davon sind Fälle, in denen eine rechtliche Bestimmung ausdrücklich eine weitere Verwendung vorsieht oder die betroffene Person im Einzelfall einwilligt. Für das Archiv bedeutet diese Regelung, dass es bei jeder Personen, deren

⁶⁴⁸ Der Zugang zu Akten aus psychiatrischen Kliniken unterscheidet sich in der Schweiz beispielsweise erheblich von Italien, was mit den antipsychiatrischen und psychiatriekritischen Forderungen nach einer Öffnung der Kliniken in den 1960er Jahren und später zu tun hat. Offen sind die psychiatrischen Archive in Italien in dem Sinne, dass es einige Archive ehemaliger Psychiatrien gibt, die sich als Studienzentren zur italienischen Psychiatriegeschichte verstehen und einen unbürokratischen Zugang zu dem Archivmaterial gewähren. Allerdings gibt es auch in Italien per Gesetz eine Sperrfrist für Patientenakten, die in der Regel 70 Jahre beträgt. Vgl. Galzigna/ Terzian, *L'archivio della follia*, 1980.

7 Schlusspunkte und Suchbewegungen

Personendaten in den Akten vorkommen, eine Einwilligung einholen muss, um den Gesuchstellerinnen Einsicht gewähren zu dürfen.

Im Rahmen einer psychiatriehistorische Arbeit, die mit Akten arbeitet, die im Zeitraum 1950 bis 1980 entstanden, ist es unmöglich alle betroffenen Personen über die Untersuchung zu informieren und ihre Einwilligung zu erhalten. Wie die zukünftige historische Forschung und die Archive mit dieser Gesetzeslage umgehen werden ist offen. Entsprechende Gesetzgebungsprozesse laufen sowohl auf eidgenössischer als auch kantonaler Ebene.⁶⁴⁹ Zurzeit wird an einer Neufassung des Zürcher Archivgesetzes gearbeitet. Es lässt sich insgesamt die paradoxe Tendenz feststellen, dass der Datenschutz im Namen der Persönlichkeitsrechte gegenüber der Forschungsfreiheit stark privilegiert wird, während gleichzeitig immer mehr Bildmaterial und andere Daten zu Kontrollzwecken entstehen. Auf diese Beobachtung wird mit den folgenden Ausführungen genauer eingegangen.

Von den Verwaltungsakten sind die Krankendossiers zu unterscheiden. Der Zugang zu diesen erforderte die Bewilligung der Eidgenössischen Expertenkommission für das Berufsgeheimnis in der medizinischen Forschung (EKBMF). Die EKBMF war gemäss der Verordnung über die Offenbarung des Berufsgeheimnisses im Bereich der medizinischen Forschung (VOBG) dafür zuständig über Gesuche zur Offenbarung des Berufsgeheimnisses im Sinne von Art. 321 StGB zu Forschungszwecken im Bereich der Medizin oder des Gesundheitswesens

⁶⁴⁹ Vgl. Hofmann, Verbesserungen mit beschränkter Haftbarkeit, 2008, S. 9; Vgl. Literatur des Rechtsprofessors und Mitglied der eidgenössischen Datenschutzkommission 1993–2006, Rainer J. Schweizer, in: Sprecher/ Sutter/ Zelger, Der Mensch im technischen und kulturellen Wandel, 2009, S. 683ff.

7 Schlusspunkte und Suchbewegungen

zu entscheiden. In Art. 11 der Verordnung ist festgehalten, dass die Expertenkommission vor ihrem Entscheid das grundsätzliche Einverständnis des Inhabers der Datensammlung (Arzt) einholt und dann die Daten an die gesuchstellenden Personen bekannt gegeben werden dürfen, sofern der Entscheid der Kommission gesamthaft positiv ausfällt. Sowohl das Gesuch als auch die Bewilligung enthalten genaue Angaben darüber zu welchem Zweck die Daten bekannt gegeben werden können, der die Zugriffsberechtigten sind, wie lange die Daten aufbewahrt werden und welche Massnahmen für die Anonymisierung ergriffen werden. Die geplanten Veränderungen des Gesetzesrahmen im Zusammenhang mit der Forschung am Menschen hat für Eidgenössischen Expertenkommission für das Berufsgeheimnis in der medizinischen Forschung Konsequenzen. Sie verliert ihre Funktion und wird durch kantonale Ethikkommissionen ersetzt.⁶⁵⁰

Das Forschungsprojekt „Psychopharmaka in Klinik und Gesellschaft: Wirkstoffe, medikamentengestützte Therapie und Persönlichkeitskonzepte in der Nordostschweiz (1950–1990)“, in dessen Rahmen auch die vorliegende Studie entstand, war von Anfang an darauf ausgerichtet auch mit Krankenakten zu arbeiten.⁶⁵¹ Weil das Verfahren für die Akteneinsicht in Zürich bereits durch die erforderliche Bewilligung erschwert war, beschloss die Projektleitung die Bewilligung auf den Zeitraum 1950 bis 1970 zu beschränken. Für diesen wurde die Sonderbewilligung zur Offenbarung des Berufsgeheimnisses zu Forschungs-

⁶⁵⁰ Vgl. Artikel 46, Bundesgesetz über die Forschung am Menschen, HFG Entwurf, online im Internet.

⁶⁵¹ Vgl. für genauere Angaben zur Projektleitung und Mitarbeit Kapitel 8.

7 Schlusspunkte und Suchbewegungen

zwecken im Bereich der Medizin und des Gesundheitswesens am 6. Oktober 2009 von der Kommission erteilt.⁶⁵² Für das vorliegende historische Forschungsvorhaben war es wichtig, dass die Krankenakten einen Quellentypus unter anderen darstellen. Im Vordergrund stand nie der einzelne Fall oder die einzelne Lebensgeschichte, vielmehr sollten stichprobenartig vorgegangen werden. Ausgewählte Fallgeschichten konnten als Beispiele zur Verdeutlichung von Forschungsergebnissen, Zusammenhängen und Prozessen dienen.

Nachdem 2007 der Bundesrat eine Botschaft zum Verfassungsartikel über die Forschung am Menschen veröffentlicht hatte, wurde die Frage, wieweit dadurch auch die geistes- und sozialwissenschaftliche Forschung betroffen ist, kontrovers diskutiert. Inzwischen liegt der Entwurf über das Humanforschungsgesetz (HFG) vor. Dieser orientiert sich an einem Datenschutzverständnis, das historische Forschung stark erschwert, da Daten über Personen nur noch bekannt gegeben werden dürfen, wenn diese dazu eingewilligt haben. Art. 7 des Humanforschungsgesetzes lautet:⁶⁵³

„1 Forschung am Menschen darf nur durchgeführt werden, wenn die betroffene Person nach hinreichender Aufklärung eingewilligt oder nach entsprechender Information von ihrem Widerspruchsrecht keinen Gebrauch gemacht hat.

⁶⁵² Vgl. Sonderbewilligung online im Internet; Vgl. für das gleiche Bewilligungsverfahren und Angaben zu den Krankenakten: Meier et al. Zwang zur Ordnung, 2007, S.89f.; Meier/ Hürlimann/ Bernet. Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870–1970, 2002, S. 28.

⁶⁵³ Bundesgesetz über die Forschung am Menschen, HFG Entwurf, online im Internet.

7 Schlusspunkte und Suchbewegungen

2 Die betroffene Person hat das Recht, ihre Einwilligung ohne Begründung zu verweigern.

3 Sie kann ihre Einwilligung jederzeit ohne Begründung widerrufen.“

Auch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften stützt in ihrer Publikation „Forschung mit Menschen. Ein Leitfaden für die Praxis“ , der 2009 herauskam, die Regelung, dass Forschung nur erlaubt ist, wenn die Einwilligung der betroffenen Person gegeben ist. Obwohl der Leitfaden auch die Sozial- und Geisteswissenschaften thematisiert, findet eine Auseinandersetzung mit den Schwierigkeiten betreffend der als zwingend erachteten Einwilligung nicht statt.⁶⁵⁴ Zudem konzentrieren sich die Anmerkungen in der Publikation auf die Gebiete Psychologie, Pflegewissenschaft und Soziologie. Dabei werden quantitative und qualitative Methoden thematisiert und hauptsächlich von Fragebogendaten und Interviews ausgegangen.⁶⁵⁵ Die vorliegende historische Studie lässt sich mit ihrer Herangehensweise an die Quellen nicht an die beschriebenen Forschungsrichtungen anbinden. Auch wenn die Studie mit Patientendokumenten arbeitet, zählt sie effektiv nicht zu einer Untersuchung, wie sie die Publikation zur Forschung mit Menschen beschreibt.

Die Regelung betreffend der Einwilligung ist aus Sicht der historischen Forschungspraxis nicht realistisch und zudem gar nicht nötig. Bisherige psychiatriehistorische Arbeiten, sowie die vorliegende Studie

⁶⁵⁴ Vgl. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, *Forschung mit Menschen. Ein Leitfaden für die Praxis*, online im Internet.

⁶⁵⁵ Ebd., S. 17f.

7 Schlusspunkte und Suchbewegungen

zeigen, dass die äusserst sensitiven Quellen auch als solche wahrgenommen und entsprechend anonymisiert und ausgewertet wurden, so dass keine Rückschlüsse auf Personen möglich sind. Da die Anonymisierung bereits bei der Datenerhebung erfolgte, stellt auch die Aufbewahrung der Datensätze bis zu Beendigung des Forschungsprojekts keine Gefahr für die Persönlichkeitsrechte von Personen dar.

Um die Verwaltungs- und Krankenakten der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen im Zeitraum 1950 bis 1990 zu sichten, genügte für die vorliegende Studie die Einwilligung des Staatsarchivs Thurgau, der Klinikleitung in Münsterlingen und ein Gesuch an das Departement für Finanzen und Soziales, sowie das Vorlegen eines Anonymisierungskonzepts. Die Krankenakten sind bis Eintrittsjahr 1959 im Staatsarchiv Thurgau aufbewahrt, alle Akten von PatientInnen, die ab 1960 eintraten, sind noch in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen. Im Register des Archivs sind alle Krankenakten bis 1959 im Computer erfasst und mit Namen, Diagnose und Krankenaktennummer versehen. Das Zugangsverfahren war im Gegensatz zum Kanton Zürich erheblich einfacher, der Umgang mit den Quellen jedoch ebenso sorgfältig im Hinblick auf den Datenschutz. Durch den neuen Gesetzesrahmen kommt auch die kantonale Regelung des Thurgaus unter Druck und muss entsprechend dem eidgenössischen Gesetz angepasst werden, was den Zugang für ein weiteres psychiatriehistorischen Forschungsprojekt wohl verunmöglicht.

Aus den Schilderungen zum Quellenzugang im Kanton Zürich und im Kanton Thurgau wird deutlich, dass psychiatriehistorische Forschung in Zukunft erschwert wird und das vorliegende Forschungsprojekt glücklicherweise zeitlich vor den neuen Regelungen umgesetzt werden konnte. Das Bundesamt für Justiz veröffentlichte am 30. Juni

7 *Schlusspunkte und Suchbewegungen*

2010 ein Gutachten zur Frage der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, ob die Archivierung von Patientendokumentationen der kantonalen und staatsbeitragsberechtigten Spitäler des Kantons Zürich im dortigen Staatsarchiv rechtskonform sei und ob sich auf Bundesebene ähnliche Probleme stellten. Im Gutachten wird in Bezug auf Art. 321 StGB ausgeführt, dass KlinikärztInnen, die einen Aktentransfer von der Klinik ins Staatsarchiv zulassen, sich strafbar machen. Das Fazit lautet:

Zusammenfassend kommen wir zum Schluss, dass zur Rechtfertigung der Übermittlung von Patientendokumentationen ans Staatsarchiv keine genügende gesetzliche Grundlage besteht. Der Arzt und seine Hilfspersonen, die Patientendokumentationen dem Staatsarchiv übermitteln oder die Übermittlung ermöglichen, machen sich nach Artikel 321 StGB strafbar. Eine Archivierung von Patientendokumentationen liesse sich allenfalls durch ein Gesetz rechtfertigen, das sich spezifisch an die Ärzte und ihre Hilfspersonen richtet. Da ein solches Gesetz das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung (Art. 13 Abs. 2 BV) einschränken würde, wäre aber sorgfältig zu prüfen, inwieweit die Archivierung von Patientendokumentationen durch ein öffentliches Interesse gerechtfertigt und verhältnismässig wäre (Art. 36 BV).⁶⁵⁶

Der Inhalt des Gutachtens ist insofern besorgniserregend, weil die Wissenschafts- und Forschungsfreiheit damit negiert wird, historische Forschung verunmöglicht und stattdessen der Schutz der ÄrztInnen

⁶⁵⁶ Bundesamt für Justiz, Archivierung von Patientendokumentationen, Gutachten vom 30.06.2010, S. 89, Verwaltungspraxis der Bundesbehörde VPB, online im Internet.

7 Schlusspunkte und Suchbewegungen

in den Vordergrund gestellt wird. Von diesem Gutachten abgesehen gibt aus Sicht der HistorikerInnen in Bezug auf Kranken- und Verwaltungsaktentransfers zahlreiche Probleme, um die Quellenbestände zu erhalten und der Forschung zugänglich zu machen. Es besteht bei der Verschiebung der Aktenbestände von den Kliniken in die Archive die Gefahr, dass Archive aufgrund von Platz- und Ressourcenmangel bei der Übernahme von Akten allgemein und gerade bei Krankenakten darauf verzichten, den Gesamtbestand zu archivieren und lediglich 10 Prozent der Akten aufbewahren wollen.

Die Reduktion Krankenakten bei der Übergabe von der Klinik ans Archiv auf ein Sample entspricht den geltenden Archivierungsgrundsätzen im staatlichen Verwaltungsbereich. Dabei wird übersehen, dass Krankenakten einen speziellen Status haben. Im Juni 2008 war beispielsweise die Poliklinik Zürich damit beschäftigt, eine Auswahl von Krankenakten für die Übergabe ans Staatsarchiv zu treffen, weil das Archiv nicht alle übernehmen wollte. Dies wäre einer Praxisänderung gleichkommen, da bis anhin im Kanton Zürich und in anderen Kantonen keine Krankengeschichten kassiert worden waren. Bereits 1992 schrieben die Psychiatriehistoriker Guenter B. Risse und John Harley Warner in ihrem Artikel „Reconstructing Clinical Activities: Patient Records in Medical History“: „Current fashions of archival preservation, in which hospital files are sampled or only randomly preserved, render this more subtle approach nearly impossible, and future pre-

7 *Schlusspunkte und Suchbewegungen*

servation efforts must take this issue into account. There is really no substitute for keeping the entire historical record intact.“⁶⁵⁷

Psychiatrische Akten und insbesondere Krankengeschichten sind sensitive Aktenbestände. Ihre Vernichtung könnte den Verdacht wecken, dass es darum geht, Beweise zu vernichten. Die Diskussionen im Zürcher Kantonsrat Ende der 1990er Jahren hat gezeigt, dass der Aktenzugang im Bereich Psychiatrie rasch zum politischen Thema werden kann. Sollten grosse Teile eines Aktenbestandes bei der Übergabe von der Klinik ins Archiv vernichtet werden, kann dies zu weiteren politischen Fragen und Diskussionen führen und letztlich genauso teuer zustehen kommen, wie die sorgfältige aber pragmatische Aufbewahrung des integralen Aktenbestandes.

7.2 **Zeitfragen zur Psychiatrie**

In der Einleitung der vorliegenden Studie habe ich beschrieben, dass die Einführung der Psychopharmaka in der Psychiatrie in den 1950er Jahren mit grossen Hoffnungen verbunden war und die Heilung psychischer Erkrankung in Aussicht stellte. Gleichzeitig bot sich für die PsychiaterInnen mit den Psychopharmaka die Möglichkeit, ihre wissenschaftlichen Bemühungen auf ein pharmakologisches Fundament zu stellen und entsprechend in der medizinischen Fachwelt ernstgenommen zu werden. Die Geschichte der Psychopharmaka in der Psychiatrie ist vor diesem Hintergrund auch eine Geschichte, die zeigt,

⁶⁵⁷ Risse/ Warner, *Reconstructing Clinical Activities*, 1992, S. 196.

7 Schlusspunkte und Suchbewegungen

dass neue Behandlungsmethoden mit neuen Machbarkeitsvorstellungen verknüpft wurden.

Die Verbindung von Neuheit mit Machbarkeit ist ein altes Argumentationsmuster, das bis in die Gegenwart hineinwirkt und auch in der aktuellen Entwicklung der Psychiatrie auftaucht. Im Januar 2007 befasste sich die Rubrik „Zeitfragen“ der *Neuen Zürcher Zeitung* (NZZ) mit der Frage: „Ist der Mensch frei und als soziales Wesen einzigartig, oder ist sein Denken, Fühlen und Handeln im limbischen System seines Gehirns vorgespurt?“⁶⁵⁸ NeurowissenschaftlerInnen behaupten zumindest, dass es die Hirnforschung dereinst ermöglichen werde, psychische Auffälligkeiten und Verhaltensdispositionen „in ihrer Tendenz vorauszusehen“ und „Gegenmassnahmen“ zu ergreifen. Die Zitate hatte die Redaktion der NZZ einem Manifest von elf namhaften NeurowissenschaftlerInnen entnommen, das im Jahr 2004 in der Zeitschrift *Gehirn und Geist* erschienen war.⁶⁵⁹

Die AutorInnen des Manifests behaupten, dass in naher Zukunft eine „neue Generation von Psychopharmaka zur Verfügung stehen wird, die selektiv und damit hocheffektiv sowie nebenwirkungsarm in bestimmten Hirnregionen an definierten Nervenzellrezeptoren angreift“.⁶⁶⁰ Begleitet wird diese Meldung von der Prophezeiung, dass NeurologInnen daran sind, „dem Gehirn seine letzten Geheimnisse zu entreissen“.⁶⁶¹ Aus der Ankündigung einer neuen Generation von Psy-

⁶⁵⁸ NZZ, Hirngespinst Ich, 13./14.01.2007, S. 69.

⁶⁵⁹ Monyer et al., Das Manifest, 2004.

⁶⁶⁰ Ebd., S. 36.

⁶⁶¹ Ebd., S. 30.

7 *Schlusspunkte und Suchbewegungen*

chopharmaka ist für die Leserin und den Leser zu schliessen, dass die Psychopharmaka zu jenen „Gegenmassnahmen“ zählen, die gegen „psychische Auffälligkeiten“ eingesetzt werden können.

Irritierend an diesen Aussagen ist, dass die Problematik und die Wandelbarkeit von Normalitätsvorstellungen unreflektiert bleiben. Stattdessen steht die Machbarkeit, das heisst die Vorstellung psychische Erkrankungen erfolgreich behandeln zu können, im Vordergrund. Die Psychopharmaka werden auf eine Weise beschrieben, die nahelegen, dass es sich um Wundermittel handelt, die dank neurowissenschaftlicher Erkenntnis alle bisherigen Probleme mit den Medikamenten aufheben würden. Historische Studie zeigen allerdings, dass es sich dabei um eine Vorstellung handelt, die die Wahrnehmung der Psychopharmaka schon in den 1950er Jahren massgeblich prägte. Aus historischer Perspektive ist ersichtlich, dass die Hoffnungen und Erwartungen an die Psychopharmaka in den 1960er Jahren massiv relativiert werden mussten. Die Psychopharmaka-Euphorie wich in der Folge der beobachteten Wirkungen einer Ernüchterung über das Potential der Medikamente. Das Eingeständnis der PsychiaterInnen wenig über die Psychopharmaka zu wissen, verwies auf eine zurückhaltendere Beurteilung der Psychopharmaka. Die neurowissenschaftlichen Arbeiten und die Verbindung von chemischen Hirnvorgängen mit psychopharmakologischen Behandlungen aktualisieren die Hoffnung, Medikamente in der Hand zu haben, die psychische Krankheiten heilen können.⁶⁶²

⁶⁶² Vgl. im Gegensatz dazu den Hinweis auf eine eigentliche Innovationsschwäche der pharmazeutischen Industrie und zum Boom von Generika und Analogpräparaten bei den Psychopharmaka: Tanner, Ordnungsstörungen, 2007, S.

7.2.1 Prämissen und ungelöste Probleme

In der erwähnten Ausgabe der *Neuen Zürcher Zeitung* vom Januar 2007 nahmen zwei Psychiater in zwei Artikeln Stellung zu den Erkenntnissen von Seiten der Neurowissenschaften und ihrer Positionierung im Feld der Psychiatrie.⁶⁶³ Die Autoren waren Daniel Hell, der bis 2008 Direktor der Klinik für Affektive Erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie Zürich Ost war, und Berthold Rothschild, der von 1965 bis 1968 Assistenzarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich war und seit über dreissig Jahren eine eigene psychiatrische Praxis in Zürich führt.⁶⁶⁴ Ihre Haltung gegenüber den vielversprechenden Äusserungen der NeurowissenschaftlerInnen ist kritisch und fusst auf langjähriger Erfahrung in der psychiatrischen Praxis. Ein zentrales Anliegen von Daniel Hell als auch von Berthold Rothschild ist es, an einem möglichst komplexen Menschenbild festzuhalten und Psychiatrie nicht nur auf die Grundlage messbarer Objektivitätskriterien zu stellen, sondern auch zwischenmenschlichen Beziehungen, dem Eigenleben der PatientInnen und der rätselhaften Seele Raum zu geben.

Die neurowissenschaftliche Prämisse geht davon aus, dass Geist, Bewusstsein, Gefühle, Willensakte und Handlungsfreiheit rein biologi-

305; Vgl. zu ernüchternden Ergebnissen zu in den 1990er Jahren entwickelten Neuroleptika: Lehrer, *The Truth Wears Off*, 2010, S. 52.

⁶⁶³ Rothschild, *Viadukte über dem Jammertal Psychiatrie*, 2007, S. 69; Hell, *Auf das ungute Gefühl im Bauch achten*, 2007, S. 71.

⁶⁶⁴ Seit 1994 setzt sich das medizinische Direktorium der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich aus drei Direktoren der folgenden drei Kliniken zusammen, die zur Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich gehören: Klinik für Affektive Erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie Zürich Ost, Klinik für Soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie Zürich West und Klinik für Alterspsychiatrie.

7 Schlusspunkte und Suchbewegungen

sche Prozesse und dementsprechend mit chemischen Substanzen beeinflussbar sind.⁶⁶⁵ Daniel Hell weist auf eine Problematik der neurowissenschaftlichen Prämisse hin. Seiner Meinung nach ist es nicht nur kurzschlüssig, organische Hirnprozesse mit Fühlen, Denken und Handeln gleichzusetzen, sondern auch gefährlich. Die Vorstellung von uns selbst präge sowohl das Gehirn als auch den Menschen und seine Mitwelt. Gerade deshalb sei es nicht nebensächlich, welche Vorstellung wir von uns und unserer Entwicklung haben. Gemäss Daniel Hell ist es wichtig, das Hirn nicht zu mythologisieren, sondern in alltäglichen, schwierigen und psychisch belastenden Situationen auf das Bauchgefühl zu achten.⁶⁶⁶ Er ist einer integrativen Psychiatrie verpflichtet und plädiert dafür, zwei gleichermassen gültige Zugänge zu Menschen zu haben.⁶⁶⁷ Einen beobachtenden und objektivierenden Zugang und einen Zugang, der die Tatsache ernst nimmt, dass sich der Mensch aus erster Hand erfährt. Diese einzigartige Erlebnisdimension gilt es seiner Meinung nach in der Arbeit als Psychiater zu berücksichtigen.⁶⁶⁸ Diesen dualen Ansatz hatte Daniel Hell auch

⁶⁶⁵ Vgl. Monyer et al., *Das Manifest*, 2004, S. 36.

⁶⁶⁶ Hell, *Auf das ungute Gefühl im Bauch achten*, 2007, S. 71.

⁶⁶⁷ Der integrative Ansatz versucht psychische Erkrankungen von allen Seiten zu beleuchten und die psychologischen, biologischen und sozialen Ergebnisse und Methoden therapeutisch zu nutzen. Vgl. zu Depression und integrativem Ansatz: Hell, *Welchen Sinn macht Depression?*, 2006. Auch die Spiritualität kann im Heilungsprozess eines depressiven Menschen einen hilfreichen Einfluss haben, denn „die Spiritualität anerkennt die Schwere des Lebens und sucht Gelassenheit und Geborgenheit im Überschreiten des Gewöhnlichen.“ Vgl. Daniel Hell in der DRS 2 Sendung *Perspektiven* vom 15.11.2009 mit dem Titel *Schatten auf der Seele*.

⁶⁶⁸ Hell, *Es ist wichtig, zwei gute Zugänge zum Menschen zu haben*, 2009, S. 11; Vgl. auch: Ders., *Der Seele Grenzen kannst du nie erreichen*, 2009, S. B1.

7 Schlusspunkte und Suchbewegungen

als Direktor an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich vertreten und praktiziert. Er ermöglicht es, Medikamente einzusetzen, ohne diese mit unrealistischen Erwartungen zu überfrachten.

In seinem Beitrag „Viadukte über dem Jammertal Psychiatrie. Analysieren wollen und können viele, mitfühlen und nachempfinden nur wenige“ fragt Berthold Rothschild, ob ein Psychiater wie Daniel Hell heute überhaupt noch Gehör findet.⁶⁶⁹ Stehen Psychiater wie Daniel Hell und Berthold Rothschild mit ihrem integrativen Ansatz und dem Bemühen um ein komplexes Menschenbild auf verlorenem Posten? Dies ist nicht abschliessend zu beantworten. Trotzdem enthält die Frage einen vorausschauenden Aspekt, da im Jahr 2008 Daniel Hell als Direktor pensioniert wurde.⁶⁷⁰ Mit der Pensionierung Daniel Hells hat auch ein Direktorenwechsel in der Klinik für Affektive Erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie Zürich Ost stattgefunden. Der neue Direktor Erich Seifritz gilt in Fachkreisen als Hoffnungsträger einer neuen Psychiatrie, die versucht die neurowissenschaftliche Forschung voranzutreiben. Der Direktorenwechsel hat eine Fluktuation bei den Ärztinnen und Ärzten auslöst, was nicht überraschend ist. Schliesslich hat jeder Klinikdirektor oder jede Klinikdirektorin einen bestimmten Stil, der den einen mehr, den anderen weniger zusagt. Die Tagespresse bezeichnete die Veränderungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich im Zuge des Führungspersonalwechsels als Richtungsstreit unter FachkollegInnen, der sich zwischen den Polen Hirnforschung versus

⁶⁶⁹ Rothschild, Viadukte über dem Jammertal Psychiatrie, 2007, S. 69.

⁶⁷⁰ Seit 2008 leitet Daniel Hell das Depressionszentrum der privaten Klinik Hohe-negg in Meilen am Zürichsee.

7 *Schlusspunkte und Suchbewegungen*

Seelenheilkunde abspiele.⁶⁷¹ Die Polarität des Themas wird dabei jedoch zu einseitig als Fachstreit bezeichnet. Tatsächlich ist die Situation an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und mit ihr jene der gesamten Psychiatrie im Kanton komplex. Auf die damit verbundene Problematik und welchen Beitrag die Geschichtswissenschaft zur Auseinandersetzung mit ihr leisten kann, geht das folgende Unterkapitel ein.

7.2.2 **Geschichtswissenschaft kann Sensibilisierungsarbeit leisten**

Die Polarität der beiden Richtungen – Hirnforschung versus Seelenheilkunde – stellt eine vielschichtige Problematik dar, die über die psychiatrischen Fachkreise hinausreicht, weil die psychiatrische Klinik nicht nur ein wissenschaftliches, sondern auch ein politisches und gesellschaftliches Debattierfeld darstellt. Das hat die Auseinandersetzung in Kapitel 3 der vorliegenden Arbeit, das sich mit den Schwierigkeiten bei der Durchführung von Psychopharmaka-Prüfungen in den 1970er Jahren befasste, veranschaulicht.⁶⁷² Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich beruht auf dem Prinzip sowohl Forschung zu betreiben, als auch die medizinische Versorgung, die Pflege und Heilung zu gewährleisten.⁶⁷³ Die vorliegende Studie hat gezeigt, wie schwierig

⁶⁷¹ So dargestellt in der NZZ am Sonntag: Dietschi, Die Vermessung der Seele, 2009, S. 45.

⁶⁷² Vgl. v.a. Kapitel 3.3.3.2.

⁶⁷³ Vgl. Rössler, Versorgungsbedarf und Versorgungsperspektiven, 2002, S. 47-60; Vgl. zum schwierigen Stand der Klinischen Sozialpsychiatrie gegenüber den Neurowissenschaften: Brandenberger, Sozialpsychiatrie ade?, 2010, S. 32f.

7 Schlusspunkte und Suchbewegungen

Therapieanspruch und Forschungsinteressen an einer Psychiatrischen Klinik zu vermitteln sind und dass sie zu Dilemmata und Zielkonflikten führen. Umso wichtiger ist es die institutionellen Entwicklungen zu beobachten und zu berücksichtigen, dass dabei auch politische sowie wirtschaftliche Interessen im Spiele sind.

Der Jahresbericht der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich 2008 gibt Auskunft über die erarbeiteten und weiterentwickelten Strategien für eine hochspezialisierte Medizin wie sie gemäss den Leitlinien der Legislaturperiode 2007 bis 2011 vom Zürcher Regierungsrat ausgearbeitet wurden:

Gemäss den Leitlinien und Zielen der Legislaturperiode 2007–2011 will der Regierungsrat des Kantons Zürich zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit des Standortes Zürich unter anderem Spitzenleistungen in der hochspezialisierten medizinischen Versorgung ermöglichen und fördern. Deshalb hat die Gesundheitsdirektion im Frühjahr 2008 die universitären Spitäler, so auch die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, mit der Erarbeitung einer Strategie in der hochspezialisierten Medizin beauftragt. Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich hat basierend auf ihrem Leitbild sowie der Rahmenstrategie eine Ist-Aufnahme erstellt und sechs mögliche Exzellenzzentren im Rahmen der hochspezialisierten Medizin definiert. Unter anderem beabsichtigt die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich in Kooperation mit dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Kantons Zürich, ein neues Zentrum für Bildung aufzubauen. Mit einem Magnetresonanztomografen im sogenannten Neuroimaging-Zentrum am Standort der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich soll die Voraussetzung für die wissenschaftliche und klinische Früherkennung und neurobiologisch begründete Frühbehandlung psychiatrischer Störun-

7 Schlusspunkte und Suchbewegungen

gen – eines der zukunftsreichsten Arbeitsfelder der Psychiatrie – für alle Altersgruppen geschaffen werden. Sollte es gelingen, psychiatrische Krankheitsbilder frühzeitig zu erkennen und auch zu behandeln, können beträchtliche Behandlungsvorteile, aber auch reduzierte Behandlungskosten erwartet werden. Der Regierungsrat hat dem Antrag zur Schaffung eines Neuroimaging-Zentrums im März 2009 zugestimmt.⁶⁷⁴

Mit Erich Seifritz hat die Universität Zürich den entsprechenden Spezialisten für die Umsetzung dieser Ziele gewählt, die den Schwerpunkt auf eine evidenzbasierte, präventive Psychiatrie legt.⁶⁷⁵ Grosse Hoffnungen setzt man in Zürich nicht nur in ihn, sondern auch in die Computertechnik. Für 7,5 Millionen Franken wird deshalb ein Zentrum für bildgebende Verfahren eingerichtet. Der Regierungsrat des Kantons Zürich hat im Juli 2010 3,8 Millionen Franken für die Anschaffung einer Magnetresonanz-Anlage für die psychiatrische Diagnostik bewilligt.⁶⁷⁶ Der Klinikdirektor, der zugleich Projektleiter Bildgebung ist, erklärte bereits an der Jahresmedienkonferenz der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich im Jahr 2009, man werde in absehbarer Zukunft dem Gehirn bei der Arbeit zusehen können. Und: Das

⁶⁷⁴ JB PUK 2008, S. 4, PDF online im Internet.

⁶⁷⁵ Vgl. zur Evidenzbasierten Psychiatrie und den damit verbundenen Kontroversen den Kongressband 2005 der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie: *Psy & Psy Bulletin*, Moderne Evidenz-basierte Psychiatrie: Was ist belegt?, 2005.

⁶⁷⁶ Regierungsrat des Kantons Zürich, Medienmitteilung vom 22.07.2010, S. 1.

7 Schlusspunkte und Suchbewegungen

neue Zentrum für Bildgebung könne dem Psychiatriestandort Zürich zu einer internationalen Spitzenposition verhelfen.⁶⁷⁷

Die Erwartungen an die Kompetenzzentren, die im Bereich der Psychiatrie, Psychopharmakologie und Neurowissenschaften entstehen, scheinen gross. Aus einer psychiatriehistorischen Sicht, wie sie die vorliegende Studie einnimmt, ist Skepsis gegenüber Machbarkeitseuphorie und Fortschrittsglauben in der Psychiatrie angezeigt. Es stellt sich die Frage, ob sich nicht gerade neurowissenschaftlich ausgerichtete PsychiaterInnen gegenüber historischen Analysen der Psychiatrie – selbst kritischen – aufgeschlossen zeigen könnten. Denn auch Studien, die die Ambivalenz der psychiatrischen Entwicklung der letzten 60 Jahre herausarbeiten, zeigen, dass sich die Klinik heute im positiven Sinne von jener der 1950er Jahre unterscheidet.⁶⁷⁸ Aus einer historischen Perspektive werden Unterschiede zwischen „früher“ und „heute“ verständlicher. Würden ausschliesslich naturwissenschaftlich ausgerichteten KlinikdirektorInnen das Verständnis für historische Forschungsansätze abgehen, dann wäre auch eine Chance für die Sensibilisierung für Probleme vertan, denn das vermag Geschichtswissenschaft zu leisten.

Wie die vorliegende historische Untersuchung zeigt, ist die neurowissenschaftliche und quantitativ objektivierende Ausrichtung kein radikaler Aufbruch oder gar ein Neuanfang. Vielmehr handelt es sich um eine Verlagerung von einer integrativen Psychiatrie zu ei-

⁶⁷⁷ Vgl. Bericht in der *Neue Zürcher Zeitung*, Psychiatrische Reihenuntersuchungen im Computertomografen?, 30.04.2009, S. 53.

⁶⁷⁸ Vgl. expl. Rössler/ Hoff, *Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang*, 2005; Meier et al. *Zwang zur Ordnung*, 2007.

7 *Schlusspunkte und Suchbewegungen*

ner hochspezialisierten Disziplin mit Fokus auf objektivierbare Hirnprozesse. Bisher waren die Direktoren und das Personal in der 140-jährigen Geschichte der Klinik immer wieder mit der Aufgabe konfrontiert die unterschiedlichen Dimensionen der Psychiatrie – Naturwissenschaften, Psychopathologie, Soziologie, Pharmazie, Philosophie und Theologie – zu integrieren.⁶⁷⁹ So gelang es eine vieldimensionale psychiatrische Praxis zu etablieren, die als Abbildungsversuch des Facettenreichtums menschlicher Wesen und ihren inneren und äusseren Räumen, dem Körper und der Seele, gesehen werden kann. Tatsache ist, dass es Menschen gab und gibt, die psychisch leiden, die Angst haben und sich mit Schmerzen abfinden müssen. Für sie braucht es innerhalb und ausserhalb der Psychiatrie geeignete Plätze zum Wohnen und Arbeiten.⁶⁸⁰ Den Brückenschlag zwischen den verschiedenen Bereichen der Psychiatrie gilt es zu verfolgen. Mit Psychotherapie und Psychoanalyse gelangt heute keine Klinik auf einen internationalen Spitzenplatz. Aber psychiatrische Kliniken sind dazu auch nicht verpflichtet, es sei denn ihre leitenden Ärztinnen und Ärzte verschreiben sich einer Rhetorik der Exzellenz und „Spitzenleistungen“.

⁶⁷⁹ Vgl. JB PUK 2008, S. 10.

⁶⁸⁰ Vgl. dazu die eindrückliche Dokumentation der französischen Schauspielerin Sandrine Bonnaire, die das Leben ihrer psychisch erkrankten Schwester Sabine filmte: *Elle s'appelle Sabine*, 2007.

8 Dank

Für die Arbeit mit den Quellen im Archiv haben André Salathé und Manfred Spalinger vom Staatsarchiv Thurgau und Barbara Stadler, Hans Ulrich Pfister und Thomas Neukom vom Staatsarchiv Zürich viel beigetragen und sich stets bereit gezeigt Fragen und Dokumenten nachzugehen. Gerhard Dammann, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen, hat das Projekt und damit auch den Quellenzugang unterstützt.

Die Dissertation entstand im Rahmen des vom Schweizerischen Nationalfonds bewilligten Projektes „Psychopharmaka in Klinik und Gesellschaft: Wirkstoffe, medikamentengestützte Therapie und Persönlichkeitskonzepte in der Nordostschweiz (1950-1990)“. Das Projekt stand unter der Leitung von Jakob Tanner und Daniel Hell. Die Projekteingabe zuhanden des Nationalfonds wurde von Jakob Tanner, Magaly Tornay und mir erarbeitet. Begleitet wurde die Dissertation in der Schlussphase auch durch den Co-Referenten Flurin Condrau.

Bettina Stehli hat eine frühe Version der Studie gelesen und mit Anregungen und Korrekturen dazu beigetragen, dass die Arbeit ein Ende fand. Thomas Fausch, Franziska Föllmi-Heusi, Nina Hössli, Juliette Graf, Nicole Ackermann, Annette Grüter, Kathrin Korsunsky und Mischa Suter haben einzelne Kapitel gelesen und korrigiert. Der Dank geht auch an Damaris Bucher, Bruno Crestani, Rahel El-Maawi, Liselotte Häberli, Helene Haker und Team, Lea Haller, Andres Howald, Monica Keller, Roland Keller, Mia Paul, Germaine Schüepp, Marianne Straub, Barbara Walder-Bindig, Duo Zhao, Salvatore Terranova und Team.

Bei Brigitte Woggon bedanke ich mich für die Bereitschaft zum Interview. Roswitha Dubach und Marietta Meier haben sich im Verlauf der Arbeit immer wieder bereit gezeigt über die Psychiatrie als historisches Forschungsfeld zu sprechen.

9 Bibliographie

Nicht publizierte Quellen

Staatsarchiv des Kantons Zürich StAZH

PUK Verwaltungsakten, Standschachteln Nr. 61 und Nr. 61/64. Serpasil/ Largactil, Kuren von Dr. Weber (1954), Largactil Schriftwechsel zwischen Klinikdirektor Bleuler und dem Kantonsapotheker Steiger und Brief an die Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich 1953/54.

PUK Verwaltungsakten, Standschachteln Nr. 115 und 116. Wissenschafts-Finanzierung durch die Industrie 1959-1977, Korrespondenz von Manfred Bleuler (1959–1969) / Klaus Ernst (1969–1977).

PUK Verwaltungsakten, Standschachteln Nr. 118. Zürcher Kollegium (1970-1982).

Die PUK-Akten sind provisorisch inventarisiert, die Nummern entsprechen dem vorläufigen Verzeichnis.

Z 100, Krankenakten, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich / Burghölzli, 1950–1970: Krankenakten Nr. 49308, 49475, 56922, 58835, 58930, 59397, 61617.

Staatsarchiv des Kantons Thurgau StATG

9'10, 9.5/0-5, Forschung, Therapie: Klinische Forschung, Prüfung chemischer Substanzen.

darin:

9'10, 9.5/0, Korrespondenz zum Präparat Largactil (1953–1955).

9'10, 9.5/1, Klinische Prüfung verschiedener Geigy-Präparate, Namenliste der getesteten Patienten der Abteilung U, Anweisung betreffend Kuren (1953–1957).

9'10, 9.5/2, Korrespondenz mit CIBA AG Basel betreffend klinischer Prüfung verschiedener Präparate (1954–1968).

9 Bibliographie

- 9'10, 9.5/3**, Korrespondenz mit Sandoz AG Basel betreffend klinischer Prüfung verschiedener Präparate (1963/64).
- 9'10, 9.5/4**, Korrespondenz mit Wander AG Bern betreffend Arzneimittelwirkung von SUM 3170 und Leponex (1969–1977).
- 9'10, 9.5/5**, Diverse Korrespondenz zu klinischen Untersuchungen (1969–1979).
- 9'10, 9.6.1/19**, Weisungen an das Pflegepersonal betreffend den Kuren.

Schweizerisches Sozialarchiv, Zürich

SozArch 437, Frauen- und Lesbenarchiv

SozArch 437.56.1, Frau und Psychiatrie, Diverses zur Psychiatrie 1978–2000. Darin: Widerstandstexte, Tante Adelante 1989 / Zwangspsychiatrie 1978–1990 / Feministische Theorien zur Psychiatrie 1983–1986, Frauen und Psychiatrisierung.

Sozarch_F_Pc-0521, Bild Action - Tante Adelante: Schwarze Frau in Dienstmädchenkostüm -Kämpfer zu Pferd - Dame in Gewand - Zeichnung einer vermummten Feministin mit riesiger Schere. (Datenbank Bild+Ton des Schweizerischen Sozialarchivs in Zürich, <http://www.bild-video-ton.ch/archiv/start.>)

Interview

Interview mit Brigitte Woggon am 15.12.2008 in ihrer privaten Praxis in Zürich. Das Tonband und das Transkript des einstündigen Interviews sind bei der Autorin.

Publizierte Quellen

Aldrovandi, Werner/ Grieder, Hanna/ Widmer, Ernst. Das psychiatrische Krankenhaus. In: Barz, Helmut (Hg.). Praktische Psychiatrie für Schwestern und Pfleger. Bern 1972, S. 65–77.

AMP, Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hg.). Das AMP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Berlin, Heidelberg, New York 1972. Zweite, korrigierte und erweiterte Auflage. Erstmals 1969.

9 Bibliographie

- AMDP**, Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie AMDP (Hg.). Das AMP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Berlin, Heidelberg, New York 1979. Dritte, korrigierte und erweiterte Auflage.
- Ammann**, Ursula. Psychotherapiefähig erst durch Antidepressiva. In: Pro Mente Sana aktuell 3 (1988), S. 37.
- Angst**, Jules. Placebo. Leerpräparate in Therapie und Forschung. In: Neue Zürcher Zeitung 12.05.1968, S. 49-50.
- Angst**, Jules. Neuere Entwicklungen der Pharmako-psychiatrie. In: Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin 57,5 (1968), S. 143-148.
- Angst**, Jules. Leerpräparate in Therapie und Forschung. In: Praktische Psychiatrie 47, 1 (1969), S. 2-12.
- Angst**, Jules/ Battegay, R./ Bente, D./ Berner, P./ Broeren, W./ Cornu, F./ Dick, P./ Engelmeier, M.-P./ Heimann, H./ Heinrich, K./ Helmchen, H./ Hippus, H./ Pöldinger, W./ Schmidlin, P./ Schmitt, W./ Weis, P. Das Dokumentations-System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP). In: Arzneimittel-Forschung 19, 3a (1969), S. 399-405.
- Angst**, Jules. Psychopharmaka und neurologische Nebenwirkungen. In: Therapeutische Umschau 27, 6 (1970), S. 356-360.
- Angst**, Jules. Adipositas durch Psychopharmaka. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 98 (1973), S. 1306-1307.
- Angst**, Jules. Doppelblindversuch. In: Müller, Christian (Hg.), Lexikon der Psychiatrie, Berlin, Heidelberg, New York 1973, S. 140.
- Angst**, Jules/ Woggon, Brigitte. Klinische Prüfung von fünf Depot-neuroleptika. Vergleich der Wirkungsprofile von Fluphenazincanoat, Fluspirilen, Penfluridol, Perphenazinoenanthat und Pipothoazinpalmat. In: Arzneimittel Forschung 25 (1975), S. 267-270.
- Baumann**, Urs. Diagnostische Differenzierungsfähigkeit von Psychopathologie-Skalen. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 219, 1 (1974), S. 89-103.

9 Bibliographie

- Benedetti**, Gaetano. Neuroleptische Therapie in der individuellen Psychotherapie der schizophrenen Psychose. In: Pro Mente Sana aktuell 3 (1988), S. 17.
- Bleuler**, Manfred. Geschichte des Burghölzlis und der psychiatrischen Universitätsklinik. In: Regierungsrat des Kantons Zürich (Hg.). Zürcher Spitalgeschichte. Band 2. Zürich 1951, S. 377-425.
- Bleuler**, Manfred. Chronik. In: Hundert Jahre Kantonale Psychiatrische Universitätsklinik Burghölzli 1870–1970. Zürich 1970, S. 7-10.
- Bleuler**, Manfred. Krankenbehandlung. In: Hundert Jahre Kantonale Psychiatrische Universitätsklinik Burghölzli Zürich 1870–1970. Zürich 1970, S. 30-36.
- Bleuler**, Manfred/ Walser, Hans/ Hillmann, Ernst. Hundert Jahre Kantonale Psychiatrische Universitätsklinik Zürich 1870-1970. Zürich 1970.
- Bleuler**, Manfred. Psychopharmaka: Für und Wider. In: Pro Mente Sana aktuell 3 (1988), S. 16.
- Briner**, Otto. Erfolg der Pharmakotherapie im psychiatrischen Krankenhaus und dessen Anpassung an die neuzeitlichen Behandlungsmethoden. In: Bulletin der schweizerischen Akademie für medizinische Wissenschaften 15 (1959), S. 323-324.
- Bruckmann**, Ludger. Der Weg ins Leben. In: Pro Mente Sana aktuell 3 (1988), S. 38.
- Cierpka**, Tanja. Ich beginne, vor meiner Ver-rücktheit keine Angst mehr zu haben. In: Pro Mente Sana aktuell 3 (1988), S. 39.
- Conference** on Therapy. How to Evaluate a New Drug. In: American Journal of Medicine 17, 5 (1954), S. 722-727. (Stenographischer Report, herausgegeben von den Mitgliedern des Department of Pharmacology and Medicine of Cornell University Medical College and New York Hospital).
- Cooperstock**, Ruth/ Lennard, Henry L. Some Social Meanings of Tranquilizer Use. In: Sociology of Health and Illness 1, 3 (1979), S. 331-347.

9 Bibliographie

- Diehn, E./** Hippus, Hanns. Placebo-Effekt. In: Müller, Christian (Hg.), Lexikon der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York 1973, S. 388-389.
- Epstein, Leon J./** Morgan, Richard, D./ Reynolds, Lynn. An Approach to The Effect of Ataraxic Drugs On Hospital Release Rates. In: The American Journal of Psychiatry 119 (1962), S. 36-47.
- Ernst, Klaus.** Psychopathologische Wirkungen des Phenothiazinderivates „Largacil“ (=„Megaphen“) im Selbstversuch und bei Kranken. In: Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift Neurologie 192 (1954), S. 573-590.
- Finzen, Asmus.** Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Rehburg-Loecum 1984. Fünfte überarbeitete und erweiterte Auflage. Erstmals 1979.
- Finzen, Asmus.** Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Bonn 1991. Neunte neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Erstmals 1979.
- Fischer, Peter.** Die Funktion der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel. In: Wüst, Felix. Arzneimittelverteilung in der Schweiz. Referate, Protokolle und Schlussfolgerungen einer im Gottlieb Duttweiler-Instituti in Rüschlikon, am 16. März 1972 durchgeführten Studientagung. Bern, Frankfurt a.M. 1972, S. 29-59.
- Friedan, Betty.** The Feminine Mystique. New York 1972. Sechste Auflage. Erstmals 1963.
- Grieder, Hanna/** Schönenberger, Ida. Somatische Therapien. In: Barz, Helmut (Hg.). Praktische Psychiatrie für Schwestern und Pfleger. Bern 1972, S. 148-167.
- Jahresberichte** der Kantonalen Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich / Burghölzli 1950-1980 (JB PUK). Jahresberichte der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Zürich darin integriert (JB PUK). (In der Zentralbibliothek Zürich, Signatur: LK 168:2).
- Jahresberichte** der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen 1950-1980 (JB PKM). (Im Staatsarchiv des Kantons Thurgau in Frauenfeld, Signatur 4'842'30).

9 Bibliographie

- Jellinek**, Morton E. Clinical Tests on Comparative Effectiveness of Analgetic Drugs. In: *Biometrics* 2 (1946), S. 87-91.
- Kety**, Seymour S. Summary of the Conference. In: Cole, Jonathan O./ Gerard Ralph W. (Hg.). *Psychopharmacology. Problems in Evaluation*. Washington 1959, S. 647-653.
- Kuhn**, Roland. Über die Behandlung depressiver Zustände mit einem Iminodibenzylderivat (G 22355). In: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 87, 35/36 (1957), S. 1135-114. (Internationaler Kongress für Psychiatrie 01.-07.09.1957 in Zürich).
- Kuhn**, Roland. The Treatment of Depressive States with G 22355 (Imipramine Hydrochloride). In: *American Journal of Psychiatry* 115 (1958), S. 459-464.
- Kuhn**, Roland. Probleme der klinischen und poliklinischen Anwendung psychopharmakologisch wirksamer Substanzen. In: *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 84 (1959), S. 319-326 (Vortrag an der Versammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie in Basel, 23.11.1958).
- Kuhn**, Roland. Beobachtungen und Erfahrungen an einem psychiatrischen Ambulatorium während 30 Jahren. In: *Jahresbericht der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen* 1968, S. 5-13.
- Langbein**, Kurt/ Martin, Hans-Peter/ Weiss, Hans. *Bittere Pillen. Nutzung und Risiken der Arzneimittel. Ein kritischer Ratgeber*. Köln 1986.
- Lasagna**, Louis/ Mosteller, Frederick/ Felsinger, John M./ Beecher, Henry K. A Study of the Placebo Responses. In: *American Journal of Medicine* 16 (1954), S. 770-779.
- Lasagna**, Louis. The Controlled Clinical Trial: Theory and Practice. In: *Journal of Chronic Diseases* 1,4 (1955), S. 353-367.
- Lehmann**, Peter. *Der Chemische Knebel: Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen*. Berlin 1986.
- Lehmann**, Peter. Warum die Augen vor den Neuroleptika-Schäden verschliessen? In: *Pro Mente Sana* aktuell 3 (1988), S. 20-21.
- Levine**, Jerome/ Schiele, Burtrum/ Bouthilet, Lorraine (Hg.). *Principles and Problems in Establishing the Efficacy of Psychotropic*

9 Bibliographie

Agents. Washington 1971. (Public Health Service Publication Nr. 2138).

Martensson, Lars. Sollen Neurolpetica verboten werden? In: Pro Mente Sana aktuell 3 (1988), S. 3-15.

Meier, Anton. Ich bin zwar im Irrenhaus den Kältetod des Gefühls gestorben, aber soviel kann ich noch empfinden. In: Pro Mente Sana aktuell 3 (1988), S. 38.

Minkowski, Mieczyslaw. Die Poliklinik für Nervenkrankte und das hirnanatomische Institut. In: Regierungsrat des Kantons Zürich (Hg.). Zürcher Spitalgeschichte Band II. Zürich 1951, S. 427-476.

Morgenthaler, Walter. Die Pflege der Gemüts- und Geisteskranken. Bern, Frankfurt 1962. Siebnete, vermehrte und verbesserte Auflage. Erstmals 1930.

Nord, Dietrich Hasso. Arzneimittelkonsum in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Verhaltensanalyse von Pharma-Industrie, Arzt und Verbraucher. Dissertation, Frankfurt a.M. 1976.

Pocock, Stuart J. Clinical Trials; A Practical Approach. Chichester 1983.

Pöldinger, Walter. Kompendium zur Psychopharmakotherapie. Basel 1967.

Pöldinger, Walter/ Schmidlin, Paul. Index Psychopharmacorum. Bern 1972. Vierte, überarbeitete und ergänzte Auflage. Erstmals 1963.

Pro Mente Sana, Schweizerische Stiftung, Jahresbericht 1979. Weinfelden. (Einsehbar bei der Schweizerischen Stiftung Pro Mente Sana, Hardturmstrasse 261, Zürich).

Pro Mente Sana aktuell, Dossier Psychopharmaka, 3 (1988). (Hefte 1988 bis 1994 im Schweizerischen Sozialarchiv Zürich unter Signatur D 4335).

Pro Mente Sana, Schriftenreihe 1985–1993. Weinfelden. (In der Zentralbibliothek Zürich verfügbar unter der Signatur TE 765).

PUK, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich. Zehnjahresbericht der Forschungsabteilung 1969-1979. Zürich 1979.

9 Bibliographie

- PUK**, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich. Zwanzig Jahre Forschungsabteilung 1969-1989. Zürich 1989.
- Rothschild**, Berthold. Diagnose: Psychiater. Graubuch zur Theorie und Praxis delegierter (Ohn-)Macht. Zürich 1982.
- Ruckstuhl**, Urs. Editorial. In: Pro Mente Sana aktuell 3 (1988), S. 1-2.
- Ruckstuhl**, Urs. Einspruch: 10 Thesen gegen Neuroleptika. In: Pro Mente Sana aktuell 3 (1988), S. 29-33.
- Rüegg**, Isabella. Auswirkungen der Psychopharmakabehandlung auf die Ehepartner. In: Pro Mente Sana aktuell 3 (1988), S. 36.
- Rufer**, Marc. Irrsinn Psychiatrie: Psychisches Leiden ist keine Krankheit. Die Medizinalisierung abweichenden Verhaltens - ein Irrweg. Bern 1988.
- Rufer**, Marc. Schizophrenie, die hoch dosiert Neuroleptika erhalten, begehen vermehrt Selbstmord. In: Pro Mente Sana aktuell 3 (1988), S. 34.
- Scharfetter**, Christian. Psychopharmakaprüfung in der Klinik: Methoden und Probleme. In: Therapeutische Umschau 27, 11 (1970), S. 772-776.
- Scharfetter**, Christian. Psychiatrie als Wissenschaft und Praxis. Antrittsvorlesung in der Aula der Universität Zürich, 13.05.1972. In: Nervenarzt 44 (1973), S. 255-261.
- Scharfetter**, Christian. AMP System: Report on a System of Psychiatric Documentation Used in some Continental Countries. In: Psychological Measurements in Psychopharmacology. Modern Problems of Pharmacopsychiatry 7 (1974), S. 64-66.
- Scholian**, Rudolf W. Analyse der Verordnungen von Psychopharmaka in der Psychiatrischen Poliklinik. Dissertation, Zürich 1982.
- Schweizerisches** Rotes Kreuz, 77, 6 (15.08.1968), S. 17.
- Scull**, Andrew T. Die Anstalten öffnen? Decarceration der Irren und Häftlinge. Frankfurt am Main, New York 1980. Im Original: Decarceration. Community Treatment and the Deviant: A Radical View, 1977.

9 Bibliographie

- Spoerri**, Theodor. Kompendium der Psychiatrie. Klinik und Therapie für Studierende und Ärzte. Basel, München, New York 1970. Sechste, vollständig überarbeitete Auflage. Erstmals 1961.
- Stille**, Günther/ Hippius, Hanns. Kritische Stellungnahme zum Begriff der Neuroleptika: Anhand von pharmakologischen und klinischen Befunden mit Clozapin. In: Pharmakopsychiatrie, Neuro-Psychopharmakologie 4, 4 (1971), S. 182-191.
- Stoll**, Werner A. Die Pharmakotherapie und das psychiatrische Krankenhaus. In: Bulletin der schweizerischen Akademie für medizinische Wissenschaften 15 (1959), S. 278-285.
- Vogt**, Irmgard. Reflexionen über das Frauensyndrom. In: Soziale Medizin 4 (1986), S. 4-10.
- Vogt**, Walter. Vergessen und Erinnern. Zürich, Köln 1980.
- Woggon**, Brigitte/ Angst, Jules / Margoses, Nadja. Gegenwärtiger Stand der neuroleptischen Langzeitbehandlung der Schizophrenie. In: Nervenarzt 46, (1975), S. 611-616.
- Woggon**, Brigitte/ Abt, K./ Baumann, U./ Debus, G./ Ferner, U./ Heimann, H./ Müller-Oerlinghausen, B. Klinische Prüfungen: Methodik versus Praxis - Versuch eines Kompromisses. In: Arzneimittel-Forschung 26, 6 (1976), S. 1025-1026.
- Woggon**, Brigitte/ Angst, Jules. Depotneuroleptika: Die ambulante Behandlung chronisch schizophrener Patienten. In: Der informierte Arzt 12 (1977), S. 47-49.
- Woggon**, Brigitte/ Angst, Jules. Die Bedeutung der Depotneuroleptika für die Langzeitbehandlung schizophrener Patienten. In: Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis 66 (1977), S. 421-427.
- Woggon**, Brigitte. Penfluridol: Ergebnisse einer einjährigen klinischen Prüfung. In: International Pharmacopsychiatry 13 (1978), S. 1-15.
- Woggon**, Brigitte/ Angst, Jules. Grundlagen und Richtlinien für erste klinische Psychopharmaka-Prüfungen (Phase I, II) aus der Sicht des klinischen Prüfers. In: Arzneimittel-Forschung 28, 8 (1978), S. 1257-1259.

9 Bibliographie

- Woggon, Brigitte/ Bickel, P./ Schnyder, B.** Neuroleptika-Absetzversuche bei chronisch schizophrenen Patienten. Testpsychologische und psychopathologische Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Rückfall. In: International Pharmacopsychiatry 14 (1979), S. 278-293.
- Woggon, Brigitte.** Neuroleptika und Schizophrenie. In: Pro Mente Sana aktuell 3 (1988), S. 15.
- Wüst, Felix.** Die Interkantonale Vereinbarung über die Kontrolle der Heilmittel vom 16. Juni 1954. Dissertation, Muri 1969.

Darstellungen und Artikel

- Abraham, John/ Davis, Courtney.** Testing Times: The Emergence of the Practolol Disaster and its Challenge to British Drug Regulation in the Modern Period. In: Social History of Medicine 19, 1 (2006), S. 127-147.
- Ackerknecht, Erwin.** Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart 1957.
- AG Prekäre Stoffe,** Grundsatzthesen. Prekäre Stoffe in den experimentellen Lebenswissenschaften im 19. und 20. Jahrhundert.
<http://www.pharmtech.tu-bs.de/pharmgesch/prekaerestoffe.PDF>, [Stand 13.12.2006].
- Amendt, Günter.** Die Droge, der Staat, der Tod. Auf dem Weg in die Drogengesellschaft. Hamburg 1992.
- Amendt, Günter.** Gewinner und Verlierer. Was kostet die Drogenprohibition? Plädoyer für eine vernünftige Drogenpolitik. In: Kanitscheider, Bernulf (Hg.). Drogenkonsum bekämpfen oder freigeben? Stuttgart, Leipzig 2000, S. 197-210.
- Andreasen, Nancy C.** Understanding Schizophrenia: A Silent Spring? In: American Journal of Psychiatry 155 (1998), S. 1657-1659.
- Angell, Marcia.** The Truth About the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do About It. New York 2004.
- Angell, Marcia.** Drug Companies & Doctors. In: The New York Review 15.01.2009, S. 8-12.

9 Bibliographie

- Appadurai**, Arjun (Hg.). The Social Life of Things. Commodities in Cultural Perspective. Cambridge 1986.
- Balz**, Viola/ Bürgi, Michael/ Eschenbruch, Nicholas. Magic Bullets, chemische Knebel, beherrschte Risiken? Zum Arbeitsfeld des DFG-Forschungsnetzwerks Arzneistoffe im 20. Jahrhundert. In: *Medizinhistorisches Journal* 43, 2 (2008), S. 183-201.
- Balz**, Viola. 1953 – Megaphen wird zur Wirkung gebracht. In: Eschenbruch, Nicholas/ Balz, Viola/ Klöppel, Ulrike/ Hulverscheidt, Marion (Hg.). *Arzneimittel des 20. Jahrhunderts. Historische Skizzen von Lebertran bis Contergan*. Bielefeld 2009, S. 167-198.
- Balz**, Viola. Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka: Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland 1950 – 1980. Dissertation, Bielefeld 2010.
- Bangen**, Hans C. Geschichte der medikamentösen Therapie der Schizophrenie. Dissertation, Berlin 1992.
- Barrett**, Robert J. The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia: An Anthropological Study of Person and Illness. Cambridge, New York, Melbourne 1996.
- Battegay**, Raymond. Herausforderungen und Begegnung in der Psychiatrie. Zu Ehren von Professor Dr. med. G. Benedetti. Bern 1981.
- Beddies**, Thomas. Zur Methodologie der wissenschaftlichen Auswertung psychiatrischer Krankengeschichten, <http://tobias-lib.uni-tuebingen.de/dbt/volltexte/2002/637/>, [Stand 04.11.2010].
- Beddies**, Thomas/ Dörries, Andrea. (Hg.), Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960. Husum 1999 (Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Band 91).
- Bernet**, Brigitta. Anstalten machen. In: *Wochenzeitung WOZ* 14.06.2007, o. S. (Interview von Yves Kramer mit der Historikerin Brigitta Bernet).
- Bernet**, Brigitta. Psychiatrie und Öffentlichkeit, Bericht zum gleichnamigen 4. Psychiatriehistorischen Kolloquium der Gesellschaft für die Geschichte der Schweizer Psychiatrie und Psychotherapie

9 Bibliographie

am 03.03.2005 in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich,
<http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/tagungsberichte/id=712>,
[Stand 16.8.2007].

Bleker, Johanna (Hg.). Die Charité. Geschichte(n) eines Krankenhauses. Berlin 2010.

Brandenberger, Katharina/ Tornay, Magaly, Standardizing Psychoactive Drugs and Drug Uses 1900-1970, Bericht zum gleichnamigen Workshop in Utrecht 23./24.04.2009,
<http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/tagungsberichte/id=2649>,
[Stand 04.11.2010].

Brandenberger, Katharina. Wissen ums Nichtwissen. Psychopharmaka-Prüfungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich in den 1970er Jahren. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, 2007.

Brandenberger, Markus. Sozialpsychiatrie ade? In: Soziale Medizin 4 (2010), S. 32-33.

Braunschweig, Sabine. Wundermittel Largactil: Wissenschaftlicher Fortschritt und Arbeitsalltag aus der Sicht ehemaliger Schwestern und Pfleger der psychiatrischen Klinik „Friedmatt“. In: Spuhler, Gregor et al. (Hg.). Vielstimmiges Gedächtnis: Beiträge zur Oral History. Zürich 1994, S. 127-140.

Braunschweig, Sabine. Der Einfluss von Neuroleptica auf den psychiatrischen Pflegealltag. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 26 (2007), S. 37-52.

Braunschweig, Sabine (Hg.). Pflege – Räume, Macht und Alltag: Beiträge zur Geschichte der Pflege. Zürich 2006.

Breggin, Peter, R. Toxic Psychiatry. New York 1991.

Brooks, , Alexander D. The Constitutional Right to Refuse Antipsychotic Medications. In: Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law 8, 2 (1980), S. 179-221.

Bürgi, Michael. Pharmaforschung im 20. Jahrhundert. Arbeit an der Grenze zwischen Hochschule und Industrie. Dissertation, Zürich 2011.

9 Bibliographie

- Bütler**, Heinz. Den eigenen Menschen studieren. Mitteilungen aus der Einsamkeit. Begegnung mit G. K., der mit der Diagnose Schizophrenie seit Jahrzehnten in der psychiatrischen Klinik lebt. In: NZZ Folio 9 (02.09.1996), S. 13-18.
- Caldwell**, Anne. Origins of Psychopharmacology. From CPZ to LSD. Springfield 1970.
- Castel**, Robert. L'ordre psychiatrique: L'âge d'or de l'aliénisme. Paris 1976.
- Chapkins**, Wendy/ Webb, Richard J. Dying to Get High. Marijuana as Medicine. New York, London 2008.
- Condrau**, Flurin. The Patient's View Meets the Clinical Gaze. In: Social History of Medicine 20, 3 (2007), S. 525-540.
- Cooper**, David. Psychiatrie und Anti-Psychiatrie. Frankfurt am Main 1975.
- Cooper**, Rachel. Classifying Madness: A Philosophical Examination of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. Berlin 2005.
- Cvetkovich**, Ann. Depression: A Public Feelings Project. New Brunswick 2011.
- Daemmerich**, Arthur. A Tale of Two Experts: Thalidomide and Political Engagement in the United States and West Germany. In: Social History of Medicine 15 (2002), S. 137-158.
- Daemmerich**, Arthur. Pharmapolitics: Drug Regulation in the United States and Germany. Chapel Hill 2004.
- Delini-Stula**, Alexandra. Entdeckung der trizyklischen Antidepressiva. Serendipität oder die Faszination von „Zufällen“. In: Pharmazie in unserer Zeit 37, 3 (2008), S. 194-197.
- Dietschi**, Irène. Die Vermessung der Seele. In: Neue Zürcher Zeitung am Sonntag 02.08.2009, S. 45.
- Dörner**, Klaus. Bürger und Irre: Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt a.M. 1969.

9 Bibliographie

- Dubach**, Roswitha. Die Verhütung „minderwertiger“ Nachkommen über den Zugriff auf den Frauenkörper: Sterilisationsdiskurs und -praxis in der Deutschschweiz bis 1945. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Zürich 1999.
- Dyck**, Erika. Flashback: Psychiatric Experimentation with LSD in Historical Perspective. In: Canadian Journal of Psychiatry 50, 7 (2005), S. 381-388.
- Eschenbruch**, Nicholas/ Balz, Viola/ Klöppel, Ulrike/ Hulverscheidt, Marion (Hg.). Arzneimittel des 20. Jahrhunderts. Historische Skizzen von Lebertran bis Contergan. Bielefeld 2009.
- Finzen**, Asmus/ Haug, Hans-Jochaim/ Beck, Adrienne/ Lüthy, Daniela. Hilfe wider Willen: Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag. Bonn 1993.
- Finzen**, Asmus. Das Pinelsche Pendel. Die Dimension des Sozialen im Zeitalter der biologischen Psychiatrie. Bonn 1998.
- Flammer**, Josef. Glaukom. Ein Handbuch für Betroffene. Eine Einführung für Interessierte. Ein Nachschlagewerk für Eilige. Bern 2009.
- Forman**, Lisa. Medication: Reasons and Interventions for Noncompliance. In: Journal of Psychosocial Nursing 13, 10 (1993), S. 23-25.
- Foucault**, Michel. Wahnsinn und Gesellschaft: Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt a.M. 1996. Im Original: Folie et déraison, 1961.
- Foucault**, Michel. Die Geburt der Klinik: Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt am Main 1996. Im Original: Naissance de la clinique: une archéologie du regard medical, 1963.
- Foucault**, Michel. Psychologie und Geisteskrankheit. Frankfurt a.M. 1968.
- Foucault**, Michel. Die Macht der Psychiatrie. Frankfurt a.M. 2005. Im Original: Le pouvoir psychiatrique: Cours au Collège de France 1973-1974, 2003.
- Foucault**, Michel. Die Heterotopien: Der utopische Körper. Frankfurt a.M. 2005.

9 Bibliographie

- Fussinger**, Catherine/ Germann, Urs/ Lengwiler, Martin/ Meier, Marietta. Ausdifferenzierung der Psychiatrie in der Schweiz. Stand und Perspektiven der psychiatriehistorischen Forschung. In: *Traverse* 1 (2003), S. 11-20.
- Galert**, Thorsten/ Bublitz, Christoph/ Heuser, Isabella/ Merkel, Reinhard/ Repantis, Dimitris/ Schöne-Seifert, Bettina/ Talbot, Davina. Das optimierte Gehirn. In: *Gehirn&Geist* 11(2009), S. 40-51.
- Galzigna**, Mario/ Terzian, Hrayr. L'archivio della follia: il manicomio di San Servolo e la nascita di una Fondazione. Antologia di testi e documenti. Venezia 1980.
- Gasser**, Jaques. Versuch einer Bibliographie zur Geschichte der Psychiatrie in der Schweiz. In: *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 151, Supplement (2000), S. 44-57.
- Gaudillière**, Jean-Paul: Introduction: Drug Trajectories. In: *Studies in History, Philosophy, Biology and Biomedicine Science* 36 (2005) S. 603-611.
- Gaudillière**, Jean-Paul/ Hess, Volker (Hg.). Ways of Regulating: Therapeutic Agents between Plants, Shops and Consulting Room. Preprint 358, 2008, Max-Planck-Institut für Wissenschaftsgeschichte Berlin
- Gaudillière**, Jean-Paul/ Hess, Volker. Introduction „Ways of Regulating“. In: Dies. (Hg.). Ways of Regulating: Therapeutic Agents between Plants, Shops and Consulting Room. Preprint 358, 2008, Max-Planck-Institut für Wissenschaftsgeschichte Berlin, S. 5-15.
- Geisel**, Sieglinde. Die Seele – ein Hirngespinnst? Das Menschenbild des psychologischen Materialismus. In: *Neue Zürcher Zeitung* 17.06.1996, S. 19.
- Germann**, Urs. Psychiatrie und Strafjustiz: Entstehung, Praxis und Ausdifferenzierung der forensischen Psychiatrie in der deutschsprachigen Schweiz 1850–1950. Dissertation, Zürich 2004.
- Gijswijt-Hofstra**, Marijke, Van Heteren, G. M., Tansey, E. M. Biographies of Remedies: Drugs, Medicines and Contraceptives in Dutch and Anglo-American Healing Cultures. In: *Clio Medica*. Wellcome Series in the History of Medicine 66 (2002).

9 Bibliographie

- Goffman, Erving.** Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main 1972. Im Original: Asylums. Essays on The Social Situation of Mental Patients and Other Inmates, 1961.
- Greely, Henry/ Sahakian, Barbara/ Harris, John/ Kessler, Ronald C./ Gazzaniga, Michael/ Campbell, Philip/ Farah, Martha J.** Towards Responsible Use of Cognitive-enhancing Drugs by The Healthy. In: Nature 456 (11.11.2008), S. 702-705.
- Greenstein, Daniel.** A Historian's Guide to Computing, Oxford 1994.
- Griesecke, Birgit/ Krause, Marcus/ Pethes, Nicolas/ Sabisch, Katja.** Kulturgeschichte des Menschenversuchs im 20. Jahrhundert, Frankfurt a.M. 2009.
- Guex, Sébastien.** Vorwort: Über Jargon und Finanzsoziologie. In: Pelizzari, Alessandro. Die Ökonomisierung des Politischen. Konstanz 2001, S. 9-16.
- Hacking, Ian.** Historische Ontologie. Zürich 2006. Im Original: Historical Ontology, 2002.
- Hell, Daniel.** Zwang – die Achillesferse der Psychiatrie. In: Pro Mente Sana aktuell 4 (1989), S. 6-8.
- Hell, Daniel.** Pharmakotherapie in der Psychiatrie – Was lehrt die Geschichte? In: Lange, Ehrig/ Hoffmann, Wolfgang (Hg.). 6. Dresdner Symposium zu aktuellen Aspekten der Psychopharmakotherapie. Jena, Stuttgart 1993, S. 13-23.
- Hell, Daniel/ Mösli, Rolf.** Psychiatrische Universitätsklinik. In: Regierungsrat des Kantons Zürich (Hg.). Zürcher Spitalgeschichte Band III. Zürich 2000, S. 181-191.
- Hell, Daniel.** Roland Kuhn. In: Nekrologe der Universität Zürich 2005, S. 29-31.
- Hell, Daniel.** Auf das ungute Gefühl im Bauch achten. Moderne Erkenntnisse der Neurowissenschaft verändern das Ich-Bewusstsein. In: Neue Zürcher Zeitung 13./14.01.2007, S. 71.
- Hell, Daniel.** Der Seele Grenzen kannst du nie erreichen. In: Neue Zürcher Zeitung 04./05.04.2009, S. B1.

9 Bibliographie

- Hell, Daniel.** Es ist wichtig, zwei gute Zugänge zum Menschen zu haben. Der Zürcher Psychiatrieprofessor Daniel Hell zum Zustand und Wandel seines Fachgebiets. In: Neue Zürcher Zeitung 08.04.2009, S. 11.
- Hell, Daniel.** Welchen Sinn macht Depression? Ein integrativer Ansatz. Reinbek bei Hamburg 2006. Elfte ergänzte Auflage. Erstmals 1992.
- Hall, Frank.** Psychopharmaka – Ihre Entwicklung und klinische Erprobung: Zur Geschichte der deutschen Pharmakopsychiatrie von 1844 bis 1952. Hamburg 1997.
- Haynes, Brian R.** Einleitung. In: Ders./ Taylor, Wayne D./ Sackett, David L. (Hg.). Compliance-Handbuch. Oldenburg 1986, S. 11-18.
- Healy, David.** The Antidepressant Era. Cambridge, Massachusetts 1997.
- Healy, David.** The Creation of Psychopharmacology. Cambridge, London 2002.
- Healy, David.** Let Them Eat Prozac: The Unhealthy Relationship between the Pharmaceutical Industry and Depression. New York, London 2004.
- Heer, Lou-Salomé/ Stehli, Bettina.** Das Unternehmen Mensch auf dem Markt der Evolution. In: Rosa. Die Zeitschrift für Geschlechterforschung 37 (2008), S. 4-6.
- Heller, Geneviève/ Jeanmonod, Gilles/ Gasser, Jacques.** Rejetées, rebelles, mal adaptées. Débats sur l'eugénisme: Pratiques de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au 20e siècle. Genève-Chêne-Bourg, Paris 2002.
- Helmchen, Hanfried.** Forschung mit nicht-einwilligungsfähigen Demenzkranken. Ein aktuelles Problem im Licht der deutschen Geschichte. Vortrag auf dem 4. Symposium „Psychiatrie und Ethik – Ethik und Schutz psychiatrischer Patienten“ der Arbeitsgemeinschaft Europäischer Psychiater (AEP). Strassburg 1997.
- Hess, Volker.** Psychochemicals Crossing the Wall: Die Einführung der Psychopharmaka in der DDR aus der Perspektive der neueren Arzneimittelgeschichte. In: Medizinhistorisches Journal 42 (2007), S. 61-84.

9 Bibliographie

- Hickel**, Erika. Die Arzneimittel in der Geschichte. Trost und Täuschung – Heil und Handelsware. Nordhausen 2008.
- Hippius**, Hanns/ Healy, David. The Founding of the CINP and the Discovery of Clozapine. In: Healy, David (Hg.). The Psychopharmacologists Vol. 1. London 1996, S. 187-213.
- Hirshbein**, Laura D. Science, Gender, and the Emergence of Depression in American Psychiatry, 1952-1980. In: Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 61, 2 (2006), S. 187-216.
- Hofmann**, Markus. Verbesserungen mit beschränkter Haftbarkeit. In: Neue Zürcher Zeitung 14.01.2008, S. 9.
- Hogle**, Linda F. Enhancement Technologies and the Body. In: Annual review of anthropology 34 (2005), S. 695-716.
- Horwitz**, Allan, V. Naming the Problem that Has No Name. Creating Targets for Standardized Drugs. Nicht veröffentlichtes Paper für den Workshop The Standardization of Psychotropic Drugs, Utrecht 23./24. April 2009.
- Huonker**, Thomas. Anstaltseinweisungen, Kindswegnahmen, Eheverbote, Sterilisationen, Kastrationen: Fürsorge, Zwangsmassnahmen, „Eugenik“ und Psychiatrie in Zürich zwischen 1890 und 1970. Sozialdepartement der Stadt Zürich (Hg.). Zürich 2002. (Edition Sozialpolitik, Band 7).
- Huonker**, Thomas. Diagnose: „moralisch defekt“. Kastration, Sterilisation und Rassenhygiene im Dienst der Schweizer Sozialpolitik und Psychiatrie 1890-1970. Zürich 2003.
- Interpellation** KR-Nr. 1999/219 von Daniel Vischer und Ruth Gurny Cassee vom 28.06.1999 im Kantonsrat Zürich: Geschehnisse in psychiatrischen Kliniken (Protokolleintrag 2773 99-03), <http://www.kantonsrat.zh.ch/>, [Stand: 09.08.2011].
- Interpellation** GR-Nr. 1999/288 von Katharina Prelicz-Huber (Grüne) vom 30.6.1999 im Gemeinderat Zürich: Psychiatrische Klinik Burghölzli, Zwangssterilisation und Kastration (Vergleiche Protokoll-Nr. 1262/1999), <http://www.gemeinderat-zuerich.ch>, [Stand: 09.08.2011].
- Jaeggi**, Urs. Durcheinandergesellschaft. Versuche die Gegenwart zu verstehen. Frauenfeld 2008.

9 Bibliographie

- Jahresbericht** der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich 2008, www.pukzh.ch/upload/u_1/u_1_7/Jahresbericht%202008.pdf, [Stand 19.01.2010].
- Janser**, Andres/ Junod, Barbara (Hg.). Corporate Diversity. Schweizer Grafik und Werbung für Geigy 1940–1970. Baden, Zürich 2009. (Ausstellung Good Design, Good Business im Museum für Gestaltung Zürich, 04.02.-24.05.2009).
- Kampmann**, Heinz/ Wenzel, Jeanette. Psychiatrische und antipsychiatrische Vorstellungen von Hilfe im Wandel der Zeit. München 2004.
- Kandel**, Eric R. A New Intellectual Framework for Psychiatry. In: American Journal of Psychiatry 155 (1998), S. 457-469.
- Kaufmann**, Claudia/ Leimgruber, Walter (Hg.). Was Akten bewirken können: Integrations- und Ausschlussprozesse eines Verwaltungsvorgangs. Zürich 2008. (Nationales Forschungsprogramm „Integration und Ausschluss“ des Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung).
- Katz**, Jay. The Silent World of Doctor and Patient. New York 1984.
- Keating**, Peter/ Cambrosio, Alberto. From Screening to Clinical Research: The Cure of Leukemia and the Early Development of the Cooperative Oncology Groups, 1955–1966. In: Bulletin History of Medicine 76 (2002), S. 299-334.
- Kiene**, Helmut. Kritik der klinischen Doppelblindstudie. München 1993.
- Kirk**, Beate. Der Contergan-Fall: Eine unvermeidbare Arzneimittelkatastrophe? Zur Geschichte des Arzneistoffs Thalidomid. Stuttgart 1999. (Greifswalder Schriften Band 1).
- Kirk**, Stuart/ Kutchins, Herb. The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry. New York 1992.
- Klöti**, Ulrich. Einleitung. In: Ders. (Hg.). Staat oder privat, Staat und privat? Privatisierung und ihre Auswirkungen. Ergebnisse eines Forschungsseminars. Studien zur Politikwissenschaft Nr. 317. Zürich 2001, S. 1-5.

9 Bibliographie

- Koch**, Hans-Georg/ Reiter-Theil, Stella/ Helmchen, Hanfried (Hg.). Informed Consent in Psychiatry. European Perspectives of Ethics, Law and Clinical Practice. Baden-Baden 1996. (Medizin in Recht und Ethik, Band 33).
- Kragh**, Jesper V. Malaria Fever Therapy for General Paralysis of the Insane in Denmark. In: History of Psychiatry 21, 471 (2010), S. 471-486.
- Kuhn**, Roland. Geschichte und Entwicklung der Psychiatrischen Klinik. In: Ammann, Jürg/ Studer, Karl. 150 Jahre Münsterlingen. Das Thurgauische Kantonsspital und die Psychiatrische Klinik 1840–1990. Münsterlingen 1990, S. 99-125.
- Kuhn**, Roland. Psychiatrie mit Zukunft: Beiträge zu Geschichte, Gegenwart, Zukunft der wissenschaftlichen und praktischen Seelenheilkunde. Basel 2004.
- Langer**, Gerhard/ Heimann, Hans (Hg.). Psychopharmaka. Grundlagen und Therapie. Wien, New York 1983.
- Langlitz**, Nicolas. Das Gehirn ist kein Muskel. In: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung 03.01.2010, o.S.
- Lehrer**, Jonah. The Truth Wears Off. In: The New Yorker 13.12.2010, S. 52.
- Leimgruber**, Walter/ Meier, Thomas/ Sablonier, Roger. Das Hilfswerk für die Kinder der Landstrasse: Historische Studie aufgrund der Akten der Stiftung Pro Juventute im Schweizerischen Bundesarchiv. Schweizerisches Bundesarchiv (Hg.). Dossier 9. Bern 1998.
- Lenk**, Christian. Den gesunden Körper verbessern? In: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 3 (2006), S. 2-4.
- Leu**, Robert E., Gemperle, Albert/ Haas Manuel/ Spycher, Stefan (Hg.). Privatisierung auf kantonaler und kommunaler Ebene. Fallbeispiele aus dem Kanton Bern. Bern 1993.
- Lewis**, Bradley. Moving Beyond Prozac, DSM & the New Psychiatry. The Birth of Postpsychiatry. Ann Arbor 2006.
- Love**, Heather. Feeling Backward: Loss and the Politics of Queer History. Cambridge 2007.

9 Bibliographie

- Löwy, Ilana.** Between Bench and Bedside: Science, Healing, and Interleukin-2 in a Cancer Ward, Cambridge 1996.
- Maffli, Etienne.** Zahlen und Fakten zum Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten in der Schweiz 1992-2003. In: Abhängigkeiten 11, 2 (2005), S. 5-19.
- Maffli, Etienne.** Und wenn es doch Evidenz für das Abhängigkeitspotential von Antidepressiva gäbe? In: Abhängigkeiten 12, 1 (2006), S. 78.
- Magnello, Eileen/Hardy, Anne.** Introduction. In: Dies. (Hg.). The Road to Medical Statistics. Amsterdam, New York 2002, S. ix-x.
- Majerus, Benoît.** Psychiatrie im Wandel: Das Fallbeispiel Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik (1960-1980). In: Medizinhistorisches Journal 43 (2008), S. 344-371.
- Majerus, Benoît.** Une stabilisation difficile: La Chlorpromazine dans les années 1950 en Belgique. In: Gesnerus 67, 1 (2010), S. 57-72.
- Maranto, Gina.** Quest for Perfection. The Drive to Breed Better Human Beings. New York 1996.
- Marks, Harry.** The Progress of Experiment: Science and Therapeutic Reforms in the United States, 1900-1990. Cambridge 1997.
- Matschke, Jakob.** „Die Lobotomie wird sie nach Hause bringen“. In: Neue Zürcher Zeitung 09.06.2010, S. 54.
- Mayring, Philipp.** Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim, Basel 2003. Achte Auflage.
- McCrae, Niall.** „A Violent Thunderstorm“: Cardiazol Treatment in British Mental Hospitals. In: History of Psychiatry 17, 1 (2006), S. 67-90.
- Meier, Marietta/ Hürlimann, Gisela/ Bernet, Brigitta.** Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870–1970: Bericht im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Zürich 2002. Typoskript.
- Meier, Marietta.** Die Konstruktion von Wissen durch Fallgeschichten. Psychochirurgische Studien in den 1940er und 1950er Jahren. In:

9 Bibliographie

- Weber, Philippe/ Moser, Jeannie/ Höcker, Arne. Wissen. Erzählen. Narrative der Humanwissenschaften. Bielefeld 2006, S. 103-114.
- Meier**, Marietta/ Bernet, Brigitta/ Dubach, Roswitha/ Germann, Urs (Mit einem Schlusswort von Jakob Tanner). Zwang zur Ordnung: Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870-1970. Zürich 2007.
- Meier**, Marietta. Psychochirurgie: Eingriffe am Gehirn als Massnahme gegen „asoziales“ Verhalten 1945-1970. In: Dies./ Bernet, Brigitta/ Dubach, Roswitha/ Germann, Urs. Zwang zur Ordnung: Psychiatrie im Kanton Zürich 1870-1970. Zürich 2007. S. 235-270.
- Meier**, Marietta. Creating Order: A Quantitative Analysis of Psychiatric Practice at the Swiss Mental Institutions of Burghölzli and Rheinau Between 1870 and 1970. In: History of Psychiatry 20, 2 (2009), S. 139-162.
- Meyer**, Thomas. Es gibt keine Evidenz für das Abhängigkeitspotential von Antidepressiva. In: Abhängigkeiten 12, 1 (2006), S. 77.
- Milett**, Kate. The Loony-Bin Trip. New York 1990.
- Mills**, James/ Barton, Patricia (Hg.). Drugs and Empire. Essays in Modern Imperialism and Intoxication, 1500–1930. Basingstoke 2007.
- Monyer**, Hannah/ Roth, Gerhard/ Singer, Wolf u.a. Das Manifest: Elf führende Neurowissenschaftler über Gegenwart und Zukunft der Hirnforschung. In: Gehirn&Geist 6 (2004), S. 30-37.
- Moreno**, Jonathan D. Convenient and Captive Populations. In: Kahn, Jeffery P./ Mastroianni, Anna C./ Sugarman, Jeremy (Hg.). Beyond Consent. Seeking Justice in Research. New York, Oxford 1991, S. 111-130.
- Mottier**, Véronique/ von Mandach, Laura (Hg.). Pflege, Stigmatisierung und Eugenik. Integration und Ausschluss in Psychiatrie, Medizin und Sozialhilfe. Zürich 2007.
- Mullan**, Bob. Mad to Be Normal: Conversations with R.D. Laing. London 1995.
- Müller**, Max. Erinnerungen: Erlebte Psychiatriegeschichte 1920-1960. Berlin 1982.

9 Bibliographie

- Noë**, Alva. Du bist nicht dein Gehirn: Eine radikale Philosophie des Bewusstseins. München 2010.
- NZZ**, Neue Zürcher Zeitung. Begriffe zur Lehre der Arzneimittel. 25.07.1994, S. 21.
- NZZ**, Neue Zürcher Zeitung. Hirngespinnst Ich. 13./14.01.2007, S. 69.
- NZZ**, Neue Zürcher Zeitung. Psychiatrische Reihenuntersuchung im Computertomografen? Die Psychiatrische Universitätsklinik arbeitet an der Früherkennung von psychischen Erkrankungen. 30.04.2009, S. 53.
- O'Neil**, Maryadele J./ Heckelman, Patricia/ Koch, Cherie/ Roman, Kristin/ Kenny, Catherine (Hg.). The Merck Index: An Encyclopedia of Chemicals, Drugs, and Biologicals. 14. Edition. Whitehouse Station 2006.
- Orland**, Barbara. Wo hören Körper auf und fängt die Technik an? Historische Anmerkungen zu posthumanistischen Problemen. In: Dies. (Hg.) Artifizielle Körper – Lebendige Technik. Technische Modellierung des Körpers aus historischer Perspektive. Zürich 2005 (Interferenzen 8).
- Pelizzari**, Alessandro. Die Ökonomisierung des Politischen. New Public Management und der neoliberale Angriff auf die öffentlichen Dienste. Konstanz 2001.
- Pernick**, Martin S. The Patient's role in Medical Decisionmaking. A Social History of Informed Consent in Medical Therapy. In: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (Hg.). Making Health Care Decisions 3 (1982) Washington.
- Pickstone**, John V. Introduction. In: Ders. (Hg.). Medical Innovations in Historical Perspective, Houndsmills, Basingstoke 1992, S. 1-16.
- Pickstone**, John V. Ways of Knowing. A New History of Science, Technology and Medicine. Manchester 2000.
- Pieters**, Toine/ Snelders, Stephen. Surviving the Seige Cycle and Managing a Double Bind. In: Jean-Paul/ Hess, Volker (Hg.) Ways of Regulating: Therapeutic Agents between Plants, Shops and

9 Bibliographie

Consulting Room. Preprint 358, 2008, Max-Planck-Institut für Wissenschaftsgeschichte Berlin, S. 165-174.

Pieters, Toine/ Snelders, Stephen. Psychotropic Drugs Use: Between Healing and Enhancing the Mind. In: *Neuroethics* 2 (2009), S. 63-73.

Pignarre, Philippe. Psychotrope Kräfte: Patienten, Macht, Psychopharmaka. Zürich, Berlin 2006. Im Original: *Puissance des psychotropes, pouvoir des patients*, 1999.

Porter, Roy. The Patient's View: Doing Medical History from Below. In: *Theory and Society* 14 (1985). S. 175-198.

Porter, Roy. *Madness: A Brief History*. Oxford 2002.

Pressman, Jack D. *Last Resort: Psychosurgery and the Limits of Medicine*. Cambridge 1998.

Pro Mente Sana, Schweizerische Stiftung (Hg.). *Zwangsbehandlung in der Psychiatrie: Tagungsrückblick auf die Jahrestagung 1990*. Zürich 1991.

Ratmoko, Christina. *Damit die Chemie stimmt: Die Anfänge der industriellen Herstellung von weiblichen und männlichen Sexualhormonen 1914–1938*. Dissertation, Zürich 2010.

Rees, Linford W. in Conversation with Healy, David. The Place of Clinical Trials in the Development of Psychopharmacology. In: *History of Psychiatry* 8 (1997), S. 1-20.

Regierungsrat des Kantons Zürich. Anschaffung einer Magnetresonanz-Anlage für die psychiatrische Diagnostik bewilligt. Medienmitteilung vom 22.07.2010, Nr. 10/195, S. 1.

Rheinberger, Hans-Jörg. Precarious Substances: A Brief Commentary. In: Balz, Viola/ von Schwerin, Alexander/ Stoff, Heiko/ Wahrig, Bettina (Hg.). *Precarious Matters / Prekäre Stoffe. The History of Dangerous and Endangered Substances in the 19th and 20th Centuries*. Preprint 356, 2008, Max-Planck-Institut für Wissenschaftsgeschichte Berlin, S. 181-182.

Riederer, Peter/ Laux, Gerd/ Pöldinger, Walter. *Neuro-Psychopharmaka*, Band 1-6. Wien 1992-1995.

9 Bibliographie

- Risse**, Guenter B./ Warner, John Harley. Reconstructing Clinical Activities. In: Social History of Medicine, 5, 2 (1992), S. 183-205.
- Rohlinger**, Harald. Quellen als Auswahl – Auswahl aus Quellen. In: Historical Social Research/ Historische Sozialforschung 7 (1982), S. 34-62.
- Rollin**, Henry R. The Dark before the Dawn. In: Journal of Psychopharmacology 4 (1990), S. 109-114.
- Rosen**, George. Madness in Society. London 1968.
- Rosenberg**, Charles. Our Present Complaint. Baltimore 2008.
- Rössler**, Wulf/ Hoff, Paul (Hg.). Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang. Heidelberg 2005.
- Rössler**, Wulf. Versorgungsbedarf und Versorgungsperspektiven. In: Gaeble, Wolfgang (Hg.). Zukunftsperspektiven in der Psychiatrie und Psychotherapie. Darmstadt 2000, S. 47-60.
- Roth**, Sabina. Arbeit am Pflegewissen: ausbilden, entwickeln und forschen an der Krankenpflegeschule. Zürich 2010.
- Rothman**, David J. Stangers at the Beside. A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making. New York 1991.
- Rothman**, Sheila M./ Rothman, David J. The Pursuit of Perfection. The Promise and Perils of Medical Enhancement. New York 2003.
- Rothschild**, Berthold. Viadukte über dem Jammertal Psychiatrie. Analysieren wollen und können viele, mitfühlen und nachempfinden nur wenige. In: Neue Zürcher Zeitung 13./14.01.2007, S. 69.
- Rufer**, Marc. Neuromythologie und die Macht der Psychiatrie. Zur Dominanz des neurobiologisch-psychiatrischen Denkstils. In: Widerspruch. Beiträge zu sozialistischer Politik 50 (2006), S. 145-156.
- Sacks**, Oliver. The Lost Virtues of the Asylum. In: The New York Review 24.09.2009, S. 50.

9 Bibliographie

- Sass,** Henning et al. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 1996. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder der American Psychiatric Association, 1994.
- Schaad,** Nicole. Von der Imitation zur Innovation. Der Aufbau der pharmazeutischen Abteilung der Basler Chemiefirma Sandoz 1918–1928. In: Gilomen, Hans-Jörg et al. Innovationen. Voraussetzungen und Folgen – Antriebskräfte und Widerstände. Zürich 2001, S. 149-169.
- Schlich,** Thomas. Risk and Medical Innovation: A Historical Perspective. In: Tröhler, Ulrich/ Schlich, Thomas (Hg.). The Risks of Medical Innovation. Risk Perception and Assessment in Historical Context. New York 2006, S. 1-19.
- Schulz,** Kristina. „Ohne uns Frauen gibt’s keine Revolution“. In: Linke, Angelika/ Scharloth, Joachim (Hg.). Der Zürcher Sommer 1968. Zwischen Krawall, Utopie und Bürgersinn. Zürich 2008, S. 163-169.
- Schweizer,** Magdalena. Die psychiatrische Eugenik in Deutschland und in der Schweiz zur Zeit des Nationalsozialismus. Bern 2002.
- Scull,** Andrew T. Museums of Madness: The Social Organization of Insanity in Nineteenth-Century England. London 1979.
- Shorter,** Edward. Geschichte der Psychiatrie. Berlin 1999. Im Original: A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac, 1997.
- Shorter,** Edward. A Brief History of Placebos and Clinical Trials in Psychiatry. In: Canadian Journal of Psychiatry 56,4 (2011), S. 193-197.
- Sinaikin,** Phillip M. Categorical Diagnosis and a Poetics of Obligation: An Ethical Commentary on Psychiatric Diagnosis and Treatment. In: Ethical Human Sciences and Services 5 (2003), S. 141-148.
- Skolbekken,** John-Arne. The Risk Epidemic in Medical Journals. In: Social Science and Medicine 40 (1995), S. 291-305.

9 Bibliographie

- Smith, Mickey, C.** Small Comfort. A History of the Minor Tranquilizers. New York 1985.
- Smith, Matthew.** Psychiatry Limited: Hyperactivity and the Evolution of American Psychiatry 1957–1980. In: Social History of Medicine 21, 3 (2008), S. 541-559.
- Snelders, Stephen/ Kaplan, Charles.** LSD Therapy in Dutch Psychiatry: Changing Socio-Political Settings and Medical Sets. In: Medical History 46 (2002) S. 221-240.
- Snelders, Stephen/ Kaplan, Charles/ Pieters, Toine.** On Cannabis, Chloral Hydrate, and Career Cycles of Psychotropic Drugs in Medicine. In: Bulletin of History of Medicine 80 (2006), S. 95-114.
- Speaker, Susanne L.** From „Happiness Pills“ to „National Nightmare“: Changing Cultural Assessment of Minor Tranquilizers in America, 1955-1980. In: Journal of the History of Medicine and allied Sciences 52, 3 (1997) S. 338-376.
- Spiegel, René.** Einführung in die Psychopharmakologie: Für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Juristen und Pflegepersonal. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1988.
- Spiegel, René.** Einführung in die Psychopharmakologie: Für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Juristen und Pflegepersonal. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1995. Zweite, ergänzte und erweiterte Auflage.
- Sprecher, Franziska/ Sutter, Patrick/ Zelger, Ulrich (Hg.).** Der Mensch im technischen und kulturellen Wandel. Symposium für Rainer J. Schweizer. In: Aktuelle Juristische Praxis 6 (2009), S. 683ff.
- Stallmach, Lena.** Auf dem Weg zur Doping-Gesellschaft? In: Neue Zürcher Zeitung 21.10.2009, S. 60.
- Studer, Karl.** Die Psychiatrische Klinik Münsterlingen heute. In: Ammann, Jürg/ Studer, Karl. 150 Jahre Münsterlingen. Das Thurgauische Kantonsspital und die Psychiatrische Klinik 1840–1990. Münsterlingen 1990, S. 151-165.
- Studer, Karl.** Thurgauer Psychiatrie – die Wiege der Depressionsbehandlung. In: Schweizerische Ärztezeitung, 51/52, 83 (2002), S. 2854-2856.

9 Bibliographie

- Swazey**, Judith P. Chlorpromazine in Psychiatry: A Study of Therapeutic Innovation. Cambridge 1974.
- Szasz**, Thomas. Geisteskrankheit - ein moderner Mythos. Olten 1972. Im Original: The Myth of Mental Illness. Foundations of a Theory of Personal Conduct, 1961.
- Szasz**, Thomas. Antipsychiatry. Quackery squared. New York 2009.
- Taddei**, Elena. Bericht zum Werkstattgespräch. Qualitative Auswertung psychiatrischer Krankenakten am 08.04.2006 in Berlin, <http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/tagungsberichte/id=1144>, [Stand 04.11.2010].
- Tanner**, Jakob. Ordnungsstörungen: Konjunkturen und Zäsuren in der Geschichte der Psychiatrie. In: Meier, Marietta/ Bernet, Brigitta/ Dubach, Roswitha/ Germann, Urs. Zwang zur Ordnung: Psychiatrie im Kanton Zürich 1870-1970. Zürich 2007. S. 271-306.
- Tanner**, Jakob. Standards and Modernity. In: Bonah, Christian/ Masutti, Christophe/ Rasmussen, Anne/ Simon, Jonathan (Hg.). Harmonizing Drugs. Standards in 20th-Century Pharmaceutical History. Paris 2009, S. 45-60.
- Tschopp**, Silvia Serena/ Weber, Wolfgang E.J. Grundfragen der Kulturgeschichte. Darmstadt 2007.
- Valier**, Helen/ Timmermann, Carsten. Clinical Trials and the Reorganization of Medical Research in post-Second World War Britain. In: Medical History 52 (2008), S. 493-510.
- van der Geest**, Sjaak/ Whyte Reynolds, Susan/ Hardon, Anita. The Anthropology of Pharmaceuticals. A Biographical Approach. In: Annual Review of Anthropology 25 (1996), S. 153-178.
- Vogt**, Irmgard. Frauen, Männer und Medikamente – Veränderungs- und Angleichungsprozesse in der Bundesrepublik Deutschland. In: Abhängigkeiten 12, 2 (2006), S. 41-53.
- Vollmann**, Jochen. Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie: Ein Beitrag zur Ethik in der Medizin. Darmstadt 2000.

9 Bibliographie

- Walsh**, Vivien. Paradigms in the Evolution of Life Sciences Research and the Changing Structure of the Innovation Organization. In: Grandin, Karl/ Wormbs, Nina/ Widmalm, Sven (Hg.). The Science-Industry Nexus. History, Policy, Implications: Nobel Symposium 123. Stockholm 2004, S. 189-221
- Weber**, Matthias M. Seelengeschichte. Ob antike Säftelehre oder moderne Sozialpsychiatrie: Stets hat der Umgang mit psychisch Kranken das Menschenbild der jeweiligen Epoche widerspiegelt. In: NZZ Folio 9 (1996), S. 6-10.
- Weber**, Matthias M. Die Entwicklung der Psychopharmakologie im Zeitalter der naturwissenschaftlichen Medizin. Ideengeschichte eines psychiatrischen Therapiesystems. München 1999.
- Weber**, Matthias M. Die moderne Psychopharmakologie aus wissenschaftshistorischer Sicht. In: Holsboer, Florian D./ Gründer, Gerhard/ Benkert, Otto (Hg.). Handbuch der Psychopharmakotherapie. Heidelberg 2008, S. 12-25.
- Wecker**, Regina. GESCHLECHT MACHT BERUF – BERUF MACHT GESCHLECHT. In: Braunschweig, Sabine (Hg.). Pflege – Räume, Macht und Alltag: Beiträge zur Geschichte der Pflege. Zürich 2006, S. 15-25.
- Wecker**, Regina/ Imboden, Gabriela/ Ritter, Hans Jakob/ Braunschweig, Sabine (Hg.). Wie nationalsozialistisch war die Eugenik? Internationale Debatten zur Geschichte der Eugenik im 20. Jahrhundert. Wien, Köln, Weimar 2009.
- Weinmann**, Stefan. Evidenzbasierte Psychiatrie. Methoden und Anwendung. Stuttgart 2007.
- Weisz**, George. The Medical Mandarins. The French Academy of Medicine in the Nineteenth and Early Twentieth Centuries. Oxford 1995.
- Weisz**, George. The Emergence of Medical Specialization in the Nineteenth Century. In Bulletin of the History of Medicine 77, 3 (2003), S. 536-575.
- Weisz**, George. Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization. Oxford 2007.

9 Bibliographie

- Wing, J. K./ Brown, G.W.** Institutionalism and Schizophrenia: A Comparative Study of Three Mental Hospitals 1960–1968. Cambridge 1970.
- World Medical Organization.** Declaration of Helsinki 1964. In: British Medical Journal 313 (1996), S. 1448-1449.
- Wottreng, Willi.** Hirnriss: Wie die Irrenärzte August Forel und Eugen Bleuler das Menschengeschlecht retten wollten. Zürich 1999.
- Zürcher Psychiatrie,** Psychiatriekonzept 1999,
<http://www.gd.zh.ch/internet/veroeffentlichungen.html>, [Stand 15.11.2010].

Film und Ton

- Bonnaire, Sandrine.** Elle s'appelle Sabine. Frankreich 2007.
- Brutschin, Mischa.** Allein machen sie dich ein. Die Zürcher Häuserbewegung 1979-94. Eine filmische Dokumentation in acht Teilen. Zureich 2010.
- Hell, Daniel.** Schatten auf der Seele. Radio DRS 2 Sendung Perspektiven vom 15.11.2009.

Internetseiten

- Bundesamt für Justiz,** Archivierung von Patientendokumentationen, Gutachten vom 30.06.2010, Verwaltungspraxis der Bundesbehörde VPB Dezember 2010, www.bk.admin.ch/dokumentation/02574/05567/index.html, [Stand 09.03.2011].
- Bundesgesetz über die Forschung am Menschen, HFG, Entwurf,** <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00701/00702/07558/index.html>, [Stand 09.08.2011].
- ESF Drughistory,** <http://drughistory.eu/>, [Stand 11.12.2009].
- James Lind Library,** <http://www.jameslindlibrary.org/contents>, [Stand: 20.06.2011].

9 Bibliographie

Museum für Gestaltung Zürich, Online-Archiv, www.emuseum.ch,
[Stand 22.11.2011].

Sonderbewilligung zur Offenbarung des Berufsgeheimnisses zu Forschungszwecken im Bereich der Medizin und des Gesundheitswesens vom 6. Oktober 2009, <http://www.admin.ch/ch/d/ff/2009/6690.pdf>, [Stand 15.03.2010].

Swissmedic, das Schweizerische Heilmittelinstitut, das als Behörde des Bundes für die Heilmittelkontrolle zuständig ist, <http://www.swissmedic.ch>, [Stand 18.04.2011].

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, <http://www.pukzh.ch>,
[Stand: 31.8.2009].

Psychiatrische Dienste Thurgau,
www.stgag.ch/spital-thurgau-ag/ueber-uns/geschichte.html,
[Stand: 15.06.2011].

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Forschung mit Menschen. Ein Leitfaden für die Praxis, <http://www.samw.ch/de/Publikationen/Leitfaden.html>,
[Stand: 30.09.2011].

World Health Organization. Gender and Mental Health 2002, www.who.int/entity/gender/other_health/en/genderMH.pdf,
[Stand: 16.06.2011].

10 Abbildungs- und Abkürzungsverzeichnis

Abbildung 1, S. 59, Diapositiv zum Werdegang eines Medikamentes und die Funktion der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel im Jahr 1972. Fischer, Peter. Die Funktion der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel. In: Wüst, Felix. Arzneimittelverteilung in der Schweiz. Referate, Protokolle und Schlussfolgerungen einer im Gottlieb Duttweiler-Instituti in Rüschlikon, am 16. März 1972 durchgeführten Studientagung. Bern, Frankfurt a.M. 1972, S. 48.

Abbildung 2, S. 103, Schematische Darstellung des psychiatrischen Behandlungsplans vor und nach der Einführung der Psychopharmaka. Pöldinger, Walter. Kompendium der Psychopharmakotherapie. Basel 1967, S. 28; nach: Kielholz, Paul. Einleitung zu Psychiatrische Pharmakotherapie in Klinik und Praxis, Bern, Stuttgart 1965.

Abbildung 3, S. 129, AMP-System, Dokumentation und Datenverarbeitung. Angst, Jules et al. Das Dokumentations-System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP). In: Arzneimittel-Forschung 19, 3a (1969), S. 400.

Abbildung 4, S. 133, ICD-Diagnosen, Tabelle aus der Penfluridol-Studie. Woggon, Brigitte. Penfluridol: Ergebnisse einer einjährigen klinischen Prüfung. In: International Pharmacopsychiatry 13 (1978), S. 3.

Abbildung 5, S. 135, AMP-Symptome, Signifikante Symptomrückbildungen (n=51). Woggon, Brigitte. Penfluridol. Ergebnisse einer einjährigen klinischen Prüfung. In: International Pharmacopsychiatry 13 (1978), S. 4.

Abbildung 6, S. 151, Zusammenstellung der Begleiterscheinungen der Psychopharmaka. Pöldinger, Walter. Kompendium der Psychopharmakotherapie. Basel 1967, S. 112.

10 Abbildungs- und Abkürzungsverzeichnis

Abbildung 7, S. 193, Kurschema einer Largactilkur. Aus: Grieder, Hanna/ Schönenberger, Ida. Somatische Therapien. In: Barz, Helmut (Hg.). Praktische Psychiatrie für Schwestern und Pfleger. Bern 1972, S. 148-167, hier S. 153.

Abbildung 8, S. 243, Eintritte und durchschnittliche Aufenthaltsdauer, 1940–1963, Psychiatrische Universitätsklinik Basel. Pöldinger, Walter. Kompendium der Psychopharmakotherapie. Basel 1967, S. 30.

Abbildung 9, S. 252 Werbekarte, Nelly Rudin, beruhigend angst- und spannungslösend stimmungshebend befreiend. CH/CH ca. 1962, Offset, 13.6x29.7cm. Siehe auch: Janser, Andres/ Junod, Barbara (Hg.). Corporate Diversity. Schweizer Grafik und Werbung für Geigy 1940–1970. Baden, Zürich 2009, S. 105. Vgl. zudem: www.emuseum.ch.

Abbildung 10, S. 254, Werbekarte, Stephen Knott, Insidon von Geigy. UK/CH ca. 1962, Offset, 21x14.9cm. Siehe auch: wie Abbildung 9, S. 151.

Abbildung 11, S. 255, Werbekarte, Ruedi Aeschlimann, „Nur ein bisschen Liebe ...“ und „Stummer Schrei um Hilfe ...“. CH/DE 1966, Andruck Offset, 29.5x21cm. Siehe auch: wie Abbildung 9, S. 150.

Abbildung 12, S. 260, Psychiatrieschwester. Schweizerisches Rotes Kreuz, 77, 6 (15.08.1968), S. 17.

Abbildung 13, S. 263, Calmez vous! Pro Mente Sana aktuell 3 (1988). Dossier Psychopharmaka, S. 44. Abbildung beim Hinweis auf eine Spezialnummer der Westschweizer Zeitung „Tout Comme vous“ zum Thema „Psychopharmaka und die Einwilligung des Patienten“. Name des Zeichners nicht lesbar.

Abbildung 14, S. 276, Tante Adelante. Datenbank Bild+Ton des Schweizerischen Sozialarchivs in Zürich, online im Internet: <http://www.bild-video-ton.ch/archiv/start> und unter Signatur Sozarch_F_Pc-0521.

Abbildungen 15, 15a S. 278, Handzettel des Frauenwiderstandes gegen Psychiatrie und Isolation, 1989. SozArch 437.56.1, Frau und Psychiatrie, Diverses zur Psychiatrie 1978–2000, (Widerstandstexte, Tante Adelante 1989).

10 Abbildungs- und Abkürzungsverzeichnis

Graphik 1, S. 70, Kosten der Medikamente und ärztlichen Bedürfnissen in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen 1950 bis 1970. Fehlende Werte für Medikamentkosten 1969 und 1970. Erstellt aufgrund der Angaben in den Jahresberichten der Klinik.

Graphik 2, S. 182, Durchgeführte Kuren und Behandlungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich in den Jahren 1950–1970. Gemäss den Jahresberichten der PUK 1950–1970.

Graphik 3, S. 185, Durchgeführte medikamentöse Behandlungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich in den Jahren 1953–1971. Gemäss den Jahresberichten der PUK 1953–1971.

Tabelle 1, S. 186, Medikamentöse Behandlungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich in den Jahren 1960–1972. Gemäss den Jahresberichten der PUK.

Abkürzungen

AMP Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie

APA Amerikanische Psychiatrische Vereinigung

DSM Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders

EKBMF Eidgenössischen Expertenkommission für das Berufsgeheimnis in der medizinischen Forschung

ESF European Science Foundation

HFG Humanforschungsgesetz

IDG Gesetz über die Information und den Datenschutz (Kt. Zürich)

IKS Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel

IKV Interkantonale Vereinbarung über die Kontrolle der Heilmittel

ICD International Classification of Disease

JB PKM Jahresbericht der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen

JB PUK Jahresbericht der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

10 Abbildungs- und Abkürzungsverzeichnis

NZZ Neue Zürcher Zeitung

PKM Psychiatrische Klinik Münsterlingen (Kanton Thurgau)

PMS Stiftung Pro Mente Sana

PUK Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

RCT Randomised Controlled Trials

SozArch Schweizerisches Sozialarchiv

StATG Staatsarchiv des Kantons Thurgau

StAZH Staatsarchiv des Kantons Zürich

StGB Schweizerisches Strafgesetzbuch

VOBG Verordnung über die Offenbarung des Berufsgeheimnisses im
Bereich der medizinischen Forschung

WHO Weltgesundheitsorganisation

11 Anhang

Aufnahmen und Anteil Erstaufnahmen in der PUK 1950-1980				
Jahr	Erstaufnahme	Wiederaufnahme	Aufnahme total	Anteil Erstaufnahme %
1950	399	594	1'001	39.9
1951	578	393	978	59.1
1952	605	380	994	60.9
1953	654	443	1'100	59.5
1954	615	449	1'068	57.6
1955	622	459	1'088	57.2
1956	630	513	1'148	54.9
1957	643	517	1'166	55.1
1958	612	558	1'181	51.8
1959	648	560	1'211	53.5
1960	695	567	1'268	54.8
1961	690	592	1'294	53.3
1962	676	655	1'342	50.4
1963	686	610	1'304	52.6
1964	723	639	1'370	52.8
1965	675	684	1'361	49.6
1966	724	697	1'423	50.9
1967	765	761	1'530	50.0
1968	734	721	1'457	50.4
1969	724	698	1'422	50.9
1970	474	714	1'462	32.4
1971	617	676	1'295	47.6
1972	663	680	1'343	49.4
1973	694	689	1'383	50.2
1974	652	679	1'331	49.0
1975	616	706	1'322	46.6
1976	662	731	1'393	47.5
1977	639	767	1'406	45.4
1978	710	807	1'517	46.8
1979	677	902	1'579	42.9
1980	629	859	1'488	42.3
Total			40'225	
Durchschnitt	649.4	635.5		50.5

Erstellt aufgrund der Angaben in den Jahresberichten der Klinik, JB PUK 1950 bis 1980.
 Anmerkung: Es bestehen Differenzen zwischen total Aufnahmen und der Summe von Erst- und Wiederaufnahme, weil Personen, die als "nicht Geisteskranke" bezeichnet wurden, nur im Total gezählt sind.

11 Anhang

Krankenbestand und Behandelte in der PUK 1950-1980		
Jahr	Krankenbestand 1. Januar	Total Behandelte
1950	560	1'561
1951	558	1'536
1952	556	1'550
1953	551	1'651
1954	573	1'641
1955	542	1'630
1956	547	1'695
1957	546	1'712
1958	565	1'746
1959	557	1'768
1960	546	1'814
1961	563	1'857
1962	531	1'873
1963	547	1'851
1964	524	1'894
1965	546	1'907
1966	534	1'957
1967	550	2'080
1968	534	1'991
1969	530	1'952
1970	531	1'993
1971	517	1'812
1972	495	1'838
1973	478	1'861
1974	443	1'774
1975	483	1'805
1976	486	1'879
1977	454	1'860
1978	460	1'977
1979	449	2'028
1980	493	1'981
Total		56'474
Durchschnitt	524.2	1'821.7

Erstellt aufgrund der Jahresberichte der Klinik, JB PUK 1950 bis 1980.
Das Total der Behandelten ergibt sich auch aus dem Krankenbestand und dem Aufnahmetotal.

Aufnahmen, Krankenbestand, Verpflegte und Entlassungen in der PKM 1950-1970				
Jahr	Total Aufnahmen	Total Bestand	Total Verpflegt	Total Entlassungen
1950	285	691	1'004	313
1951	276	707	967	260
1952	281	722	988	266
1953	293	711	1'015	304
1954	297	731	994	277
1955	293	701	1'024	323
1956	320	729	1'021	292
1957	316	722	1'045	323
1958	308	725	1'030	305
1959	351	723	1'076	353
1960	337	708	1'060	352
1961	377	717	1'085	368
1962	410	678	1'127	449
1963	363	675	1'041	366
1964	337	683	1'012	329
1965	385	688	1'068	380
1966	366	667	1'054	387
1967	382	673	1'049	376
1968	337	646	1'010	364
1969	382	660	1'028	368
1970	381	647	1'041	394
Durchschnitt	337	695	1'035	340

Codierschema für Stichprobe aus Krankenakten	
DatensatzID	Zahlen 1 bis 300, wenn ich 300 KA ziehe
Klinik	Abkürzung: PUK oder PKM
KA Nr.	Krankenaktennummer des gezogenen Eintritts
Stichjahr	Jahr des Eintrittes, den ich gezogen habe
Eintrittsdatum	Datum des Eintrittes im Stichjahr
Austrittsdatum	Datum des Austritts im Stichjahr
Aufenthaltsdauer	Tage. Mit Formel berechnen Eintritt - Austritt + 1
x. ter Eintritt	Zahl Der wie viele Eintritt ist der gezogenen Eintritt
Mehrfacheintritte	1 = bedeutet ein Eintritt und ist gleich dem gezogenen Eintritt, ab 2 Eintritte insgesamt
Weiblich	Weiblich = 1, Männlich = 0
Geburtsdatum	Datum wie es in KA steht
Alter bei Eintritt	Zahl in Jahren. Formel mit Eintrittsdatum minus Geburtsdatum
Beruf	Wie in KA aufgeschrieben übernehmen
Beruf codiert (Schicht)	Schicht: zu generierende Variable und codieren
Diagnose	aufschreiben wie es in der KA steht
Diagnose codiert	codieren
Eingewiesen von	Wie in KA aufgeschrieben übernehmen, ev. codieren
Überweisung/Entlassung nach	Wie in KA aufgeschrieben übernehmen, ev. codieren
Behandlung	1=Ja, 0=Nein Behandlung ist nicht gleich Untersuchung, Gutachten, Gespräch
Psychopharmakabehandlung	1=JA, 0=Nein. Psychopharmaka im engeren oder weiteren Sinne abgegeben worden?
Präparatenamen 1	Hier das erste abgegebenen Psychopharmaka im engeren Sinne.
Präparatenamen 2	Bei Wechsel hier das zweite abgegebenen Psychopharmaka im engeren Sinne
Präparatenamen 3	Bei Wechsel hier das dritte abgegebenen Psychopharmaka im engeren Sinne
Präparatenamen 4	etc. möglicherweise kommt der gleiche Namen mehrmals vor, wenn z.B zwischen
Präparatenamen 5	frei Präparaten gewechselt wurde.
Weitere Medikamentenamen	Alle Medikamente, ausschliesslich die Psychopharmaka im engeren Sinne
Psychopharmaka im engeren Sinne	Ist der Patient mit Psychopharmaka im engeren Sinne* behandelt worden? 0=nein, N=Neuroleptika, A=Antidepressiva, T=Tranquillizer.
Weitere Psychopharmaka	Ist der Patient mit Psychopharmaka im weiteren Sinne* behandelt worden? 0=nein, H=Hypnotica, S= Sedativa, E=Antiepileptica, P=Psychostimulantia.
Somatische Kuren	Ist beim Patient eine somatische Kur** durchgeführt worden? 0 =nein, Schlaf/Dämmer(SD), Insulin(I), Malaria(M), Elektroschock(ES), Psychochirurgie(Lt)

Psychotherapie	1=Ja, 0=Nein	explizieren
Gestaltungs- und Beschäftigungs	1=Ja, 0=Nein	explizieren
Medikation am wievielten Tag	Am wievielten Tag nach Eintritt, wird Psychopharmaka im engeren Sinne abgegeben?	
Applikation i.m.	In welcher Tagesdosis wird dieses Präparat, das als erstes abgegeben wird verabreicht?	
Applikation oral	In welcher Tagesdosis wird dieses Präparat, das als erstes abgegeben wird verabreicht?	
Medikationstage Präparat 1	An wie vielen Tagen wurde das Präparat 1 verabreicht?	
Medikationstage insgesamt	Alle Tage, an denen die Präparate 1 bis X verabreicht wurden.	
Medifreie Tage	Formel: Aufenthaltsdauer minus die Medikamententage.	
Explizit Test	Test mit Psychopharmaka explizit? Oder lässt der Präp.namen auf einen Versuch schliessen?	
Medikament bei Entlassung	Präparatname angeben oder NEIN	
Verweigerung	JA wenn im Rapport oder auf dem Kurlblatt explizit steht, dass Pat. Medikament verweigert.	
9999 = fehlender Wert für alle Variablen		
7777 = nicht bestimmbar		
* Pödlinger, Walter. Compendium der Psychopharmakotherapie. Basel 1967, S. 38.		
** Morgenthaler, Walter. Die Pflege der Gemüts- und Geisteskranken. Bern, Frankfurt 1962, S. 252-264.		

QUALITATIV UNTERSUCHUNG		
Qualitativ für Indikation/Wirkung?	JA/NEIN	Wenn JA Exzerpt aus KA, Beschreibung in separates Word-Doc mit KA.Nr.
Qualitativ für Bemerkung Pat.	JA/NEIN	dito
Qualitativ für Story gesamte KA?	JA/NEIN	dito
Qualitativ für Verweigerung	JA/NEIN	dito
Frequenz Notierung	Frequenz wie Medikation aufgeschrieben wurde: beschreiben	
KB	Eigene Bemerkungen, Merkhilfen	

11 Anhang

Codierschema Fachzeitschriftenartikel, PUK 1970er Jahre

Namen/Seite	Artikel	Code
Scharfetter, Christian	Psychopharmakaprüfung in der Klinik: Methoden und Probleme. In: Therapeutische Umschau 27, 11 (1970), S. 772-776.	
772	„Die beste Voraussetzung für die Prüfung von Psychopharmaka ist eine eigene klinische Forschungsstelle, deren Mitarbeiter psychiatrische Ausbildung und Erfahrung in der (...) haben.“	Klinische Forschung (kein Problem / beste Voraussetzung)
773	„In der Erprobung neuer Psychopharmaka strebt man heute vielfach nach einer internationalen Gemeinschaftsforschung. Die Grösse des Untersuchungsgutes erhöht sich dabei beträchtlich, und damit wird die Aussagekraft besser.“	Methodik, Vereinheitlichung
774	„Es ist für die Psychopharmakaprüfung besonders wichtig, dass die nosologische Diagnostik ergänzt wird durch eine syndromale Diagnostik, durch eine genaue Erhebung der Symptome.“	methodisches Problem Diagnose
774	„Für das Pflegepersonal stellt die routinemässige Prüfung von Psychopharmaka eine zusätzliche Belastung dar. Die Mehrbelastung kann sich vor allem ergeben durch ungenügende sedierende Wirkung eines zu prüfenden Mittels, was eine Vermehrung von lauten und erregten Patienten und damit Störung des Abteilungsbetriebes bedeutet; das stellt an die Toleranz des Personals hohe Anforderungen.“	praktisches Problem Pflegepersonal xx
775	Mehrbelastung weiter auch durch Blutentnahme und Laboruntersuchungen. Subjektive Probleme von seiten des Personals entstehen ferner durch die Unsicherheit bei noch unerprobten Mitteln. Unter Umständen kommt es zur voreiligen Urteilsbildung über die Brauchbarkeit einer neuen Substanz nach 1 oder 2 Applikationen, welches Urteil dann unzulässig verallgemeinert werden kann.“	praktisches Problem Pflegepersonal xx
775	„Konservatismus, Misstrauen, unter Umständen offene oder insgeheime Ablehnung eines neuen Mittels können einem Versuch schaden. Die wichtigste Massnahme gegen solche Störungen ist unseres Erachtens die Aufklärung.“ (Verbindung Prüfer-Personal, Sinn, Aufbau, bisher Bekanntes.“	praktisches Problem Pflegepersonal Ablehnung/Ambivalenz
775	„Auch von seiten der Kollegen, die im klinisch-praktischen Routinebetrieb stehen und nicht an den Medikamentenprüfungen teilnehmen, ergeben sich eine Reihe von Problemen. Glücklicherweise sind die Mehrzahl der Kollegen aufgeschlossen und zur Mitarbeit bereit, doch gibt es auch einzelne, die misstrauisch und sogar abweisend gegenüber neuen Medikamenten sind.“– Gründe für Ressentiment-Einstellung. Zusammenarbeit auf der Abteilung.	praktisches Problem PsychiaterInnen Ablehnung/Ambivalenz

11 Anhang

775	„Abgesehen von rein methodischen Schwierigkeiten, können dem Prüfer auch von seiten der Patienten Probleme erwachsen. Nimmt der Patient von sich aus gerne die Mittel (bei oraler Applikation) und treten keine besonders unangenehmen Nebenwirkungen oder Begleiterscheinungen auf, die in ihrer Stärke inadäquat zur Stärke der Krankheit wären, erhebt sich meist kein Hindernis.“	praktisches Problem PatientInnen (Nebenwirkungen)
775	„Wiederholt kommt es vor, dass Schizophrene zu einer paranoiden Verarbeitung der Medikamentenwirkungen und ihrer Begleiterscheinungen neigen.“	praktisches Problem PatientInnen (Paranoide Verarbeitung)
775	„Schwierigere Fragen ergeben sich, wenn der Patient die orale Mitteleinnahme ablehnt. Es ist dann die Frage, wieweit man berechtigt ist, ihm das Mittel trotzdem zu geben, unter Umständen bis in einer Besserung Krankheitseinsicht gewonnen und eine positivere Einstellung zur Medikamenteneinnahme erzielt werden kann. Die juristische Gutheissung der Anhaltung schliesst für den Patienten auch die Duldung der Therapie ein. Bei erregten Kranken und bei suizidalen Patienten muss man sicher auch bei negativer Einstellung zu einer Medikation das Mittel verabreichen. Dafür kommt dann praktisch nur die parenterale Applikationsform in Frage.“	praktisches Problem PatientInnen Verweigerung/Disziplinierung
775	„Schwierige Fragen ergeben sich ferner darüber, wieweit man das Mittel beim Auftreten von Nebenwirkungen weitergeben darf. Was und wie viel an Nebenwirkungen ist zumutbar? Das ist vom Grad der Krankheit und vom subjektiven Ausmass des Leidens abhängig. Die ständige Verbindung mit dem Patienten und die genaue Kenntnis seiner Krankheit und seiner Lebenssituation ist unserer Erfahrung nach wichtig zur Lösung der hier aufgeworfenen Fragen.“	praktisches Problem PatientInnen (Einschätzung)
775	„Der Psychopharmakaprüfer soll keineswegs nur die Medikamente verordnen und wie ein Tonband die Beschwerden des Patienten aufnehmen, sondern er soll dem Kranken immer mit ärztlicher Grundhaltung gegenüberstehen und sich vor Augen halten, dass die Medikamentengabe nicht die alleinige Therapie sein darf.“	praktisches Problem PsychiaterInnen xx

Codierschema Jahresberichte PUK 1950-1980

Jahresbericht Burghölzli, Jahr 1956, S. 1-31; Textstellen/Exzerpt	Code
„Im Ganzen hat sich das Leben der Heilanstalt im Berichtsjahre ruhig und harmonisch entwickelt. Die mannigfachen Behandlungsverfahren der Psychiatrie konnten, auf breiter Basis angewendet, ausgebaut und den Fortschritten der medizinischen Wissenschaften angepasst werden.“ S. 1	Medizinische Wissenschaften
„Segenreich hat sich dabei [betreffend Ruhe und Behandlungsmethoden? KB] die 1955 durch den Regierungsrat beschlossene neue Anstellung je einer Schwester und eines Pflegers ausgewirkt, welche sich unter ärztlicher Leitung vollamtlich der psychotherapeutischen Betreuung einer ausgelesenen Gruppe von Kranken widmen können. Die Erfolge ihrer Arbeit waren ermutigend. Eine weitere Förderung der viel Zeit beanspruchenden Psychotherapie wurde auch dieses Jahr dank viel unbezahlter Arbeit von Freiwilligen und Geldspenden von privater Seite möglich.“ S. 1	Psychotherapie, geschaffene Stellen (Pfleger/Schwester)
„Die Gesamtzahl der körperlichen (sog. „grossen“) Kurverfahren zur Behandlung psychiatrischer Störungen stieg wieder beträchtlich an. Dabei blieben die neuen Verfahren wie letztes Jahr im Vordergrund. Aber auch die älteren körperlichen Behandlungsverfahren wirken sich in vielen Fällen nach ausgezeichnet aus und dürfen nicht fallengelassen werden. Die Zahl der Insulinkuren hat sich gegenüber dem letzten Jahr sogar erhöht.“ S. 1 <i>Tabelle siehe Excel.</i>	Körperliche Kuren
Zusammenarbeit mit Anaesthesie-Abteilung der chirurgischen Universitätsklinik zählt sich aus bei der gefürchteten verlängerten Bewusstlosigkeit. S. 1	Anaesthesie
„Die Verteilung der behandelten Kranken auf die verschiedenen Krankheitsdiagnosen hat sich nicht wesentlich verändert. Erschreckend ist die dauernd grosse Zahl von Alkoholikern. Sehr beeindruckt wird wir auch von einer psychiatrischen Krankheit, die erst in den letzten Jahren bekannt wurde und bis heute im Ausland seltener geblieben ist als bei uns: die Sucht nach Kopfwehmitteln. Sie führt zu schweren psychischen und körperlichen Komplikationen, freilich meist erst nach vielen Jahren.“ S. 2	Alkohol Kopfwehmittel
„Zugenommen haben die Aufnahmen von Patienten mit krankhaften, seelischen Reaktionen auf psychische Belastungen. Wenn man bedenkt, dass viele dieser Kranken auf der Beobachtungsstation unserer Poliklinik im Kantonsspital Aufnahme finden, so ist es besonders bemerkenswert, dass daneben auch im Burghölzli bedeutend mehr Kranke, die mit gefährlichen Verzweiflungs- und Erregungszuständen auf eine tragische Situation reagieren, aufgenommen werden müssen.“ S. 2	Zustände der PatientInnen
Publikationsliste S. 4f.	
„Die wissenschaftliche Forschung der Klinik beschäftigte sich, wie seit mehreren Jahren, in der Hauptsache mit den Schizophrenien und ihrer Behandlung einerseits, mit den Beziehungen zwischen Gleichgewichtsstörungen der Hormone und psychischen Störungen	Wissenschaftliche Forschung

11 Anhang

Gleichgewichtsstörungen der Hormone und psychischen Störungen andererseits. Ferner wurden die Erfahrungen mit dem Rauwolfia-Alkaloid Reserpin, das 1953 durch unsere Klinik in die europäische Psychiatrie eingeführt worden war, ausgebaut.“ S. 4 Publikationsliste S. 4f.	
Angst, Jules. Zur Frage der Psychosen bei Behandlung mit Disulfiram (Antabus). In: Schweiz. Med. Wschr. 86, 1304-1306 (1956).	Disulfiram
Avenarius, R. Zur Wirkungsweise von Rauwolfiaalkaloiden und Phenothiazinderivaten bei Schizophrenen. In: Der Nervenarzt 27, 454-458 (1956).	Rauwolfia Phenothiazinderiv.
Benedetti, G. Terapia reserpinica in psichiatria. Symposium Nazionale sulla Reserpina e Clorpromazina in Neuropsichiatria. Società Editrice „Vita e Pensiero“. Milano, 1956, S. 183 (Suppl. Al. vol. 17, 1956, Arch. Psicol., Neurol. & Psichiatr.)	Reserpin Chlorpromazin
Bleuler, Manfred. Psychiatrische Irrtümer in der Serotoninforschung. In: Deutsche medizinische Wochenschrift 81, 1078-1081 (1956). (mit englischer Übersetzung)	Serotonin
Bleuler, Manfred. Die psychiatrische Bedeutung der Steroidhormone. In: Med. Klinik 51, 1013-1017 (1956).	Steroidhormone
Bleuler, Manfred. Comparaison entre les effets de la Chlorpromazine et de la Réserpine en psychiatrie. In: Encéphale (Paris) 45, 334-338 (1956).	Chlorpromazine Reserpin
Brack, K. Hormonale Behandlungsversuche bei Geisteskranken mit Schilddrüsenstörungen. In: Praxis 45, 7 (1956).	Hormone
Haas, H. G. Schmerzmittelmissbrauch. In: Schweiz. Med. Wschr. 86, 401 (1956).	Schmerzmittlmissb.
Mielke, F. A. Über das Rauwolfia-Alkaloid Reserpin (Serpasil) in der Psychiatrie. In: Arch. Psychiatr. & Zschr. Neurol. 193, 263-288 (1956).	Rauwolfia Reserpin, Serpasil
Mielke, F. A. Über die medikamentöse und psychotherapeutische Führung der Serpasilkur. In: Schweiz. Med. Wschr. 86, 162-165 (1956).	Serpasil
Vogt, W. Beitrag zum klinischen Vergleich der Wirkung von Largactil und Serpasil. In: Schweiz. Arch. Neurol. 77, 330-336 (1956).	Largactil, Serpasil

Ausführliche Beschreibung der ausgewählten Archivbestände des summarischen Verzeichnisses der PUK-Akten

Das „summarische Verzeichnis der historischen PUK-Akten“ ist nur in Papierform verfügbar. Es gibt lediglich über den ungefähren Umfang der Akten und den Zeitraum ihrer Entstehung Auskunft. Stichworte oder Titel lassen auf den möglichen Inhalt der 360 Bände, 150 Bundesordner, 55 Couverts, 115 Standschachteln, 30 Faszikel, 60 Hefte und Mappen schliessen. In der vorliegenden Arbeit konzentrierte sich die Auswahl auf die Bereiche „Medizinisches“ und „Personal“. Das sind die Bezeichnungen der Bereiche durch das Archiv. Beim Bereich „Medizinisches“ handelt es es um Direktionskorrespondenz.

Die Schachteln und Ordner mit den Nummern 61, 61/64, 72, 98, 112, 115, 118 und 139 wurden für die vorliegende Arbeit aufgrund der Titel auf den Schachteln ausgewählt, da es naheliegend war, dass darin Akten zu den Medikamenten sein könnten.

Nach der Durchsicht dieser Akten, viel die Auswahl auf acht Schachteln, deren Inhalt im folgenden kurz beschrieben wird. Die in der Arbeit verwendeten Dokumente stammen aus diesen Schachteln. Ein Argument für die getroffene Auswahl ist die Tatsache, dass es sich bei den Unterlagen sowohl um Aussenkorrespondenz der Klinik als auch um klinikinterne Schreiben handelt.

Die Schachtel Nr. 61/64 enthält Unterlagen zu Kuren mit Serpasil und Largactil für wissenschaftliche Zwecke in den Jahren 1954 und 1955. Ein Mäppchen in der Schachtel beinhaltet die Kurenblätter von 41 Patienten, die mit Serpasil behandelt wurden. In den Akten ist die Rede von 41 Fällen, die aufgrund der Diagnose Depression und Manische Depression ausgewählt wurden. In einem weiteren Mäppchen sind Unterlagen von 36 Patienten mit Untersuchungsbeschreibung, Aufzeichnungen zu den Kuren – so genannte Kurven – Angaben zu Namen, Geburtsjahr, Grösse, Gewicht, Kurtage, Diagnose sowie Datum, Zeit, Blutdruck, Medikamente, Psychisches Verhalten und körperlicher Status. In der letzten Spalte zu Psyche und Körper stehen Notizen zu: Schlaf, Essen, Zustand, Abbruch, Äusserungen der PatientInnen, Verhalten am Tag und in der Nacht sowie Diagnosen. Es handelt sich dabei um eine Zusammenstellung von abgeschlossenen Kuren aus dem Jahr 1955, die besondere Nebenerscheinungen aufwiesen.

In der Schachtel Nr. 61 sind Unterlagen einer klinikinternen Untersuchung durch Dr. E. Weber. Darunter befinden sich Kurblätter einzelner Patienten, die 1954 mit Serpasil behandelt wurden. Die Akten dienten als Grundlage für die Verfassung eines wissenschaftlichen

Artikels. Es handelt sich dabei gemäss den Angaben auf den Unterlagen um besondere und nicht eingeordnete Krankheitsfälle. Dr. E. Weber verfasste den Artikel „Ein Rauwolfia-Alkaloid in der Psychiatrie - seine Wirkungsähnlichkeit mit Chlorpromazin,, und einen 12-seitigen Bericht mit dem Titel „Zusammenfassender Bericht über die bis heute abgeschlossenen Serpasilkuren,, im Jahr 1954. In der gleichen Schachtel befindet sich der Largactil Schriftwechsel aus dem Jahr 1953 von Manfred Bleuler mit dem Kantonsapotheker und der Gesundheitsdirektion des Kantons, in dem es um die Medikamentenpreise geht. Darin enthalten sind auch Bögen von ungefähr 40 Serpasil-Behandlungen, die nicht mehr in die wissenschaftliche Arbeit aufgenommen wurden und deshalb 1956 unbearbeitet blieben. Darunter befindet sich auch ein Infomanual der Firma Specia Rhône-Poulenc über Largactil. Zudem sind darin 16 Fälle von Serpasil- beziehungsweise Largactilkuren sowie die entsprechenden Kurven im Zeitraum 1954 bis 1956 und zwei Listen mit den Überschriften „Serpasilkuren im Kurensaal“ und „Serpasilkuren im G II“ mit ungefähr 100 aufgelisteten Namen, Kurdaten, Abteilungsversetzungen und Notizen zum Behandlungserfolg.

Die Schachtel Nr. 118 mit der Bezeichnung „Zürcher Kollegium Psychiatrischer Chefärzte 1970-1982“ enthält die Einladungen und die Korrespondenz zum regelmässig veranstalteten Kollegium. Neben der Fahrtauglichkeit unter dem Einfluss von Psychopharmaka waren auch gravierende Nebenwirkungen von Psychopharmaka (Beispiel Leponex) Themen, die im Zusammenhang mit Psychopharmaka standen. Worunter vor allem Leponex und weniger die Fahrtauglichkeit relevant für das vorliegende Forschungsvorhaben war.

Bei den vier Schachteln Nr. 115 und der Schachtel Nr. 116 handelt sich um fünf Standschachteln, welche die Korrespondenz von Manfred Bleuler beziehungsweise Klaus Ernst beinhalten und unter dem Titel „Wissenschafts-Finanzierung durch die Industrie 1959-1977“ provisorisch erfasst wurden. Wobei die Schachtel Nr. 116 nur sehr wenig Material enthält und das von mir verwendete Material sich ausschliesslich in den Nrn. 115 befand. In diesen Unterlagen interessierten vor allem die Briefe zwischen Klinik und pharmazeutischer Industrie, diese waren nach den vier Firmen – Ciba, Geigy, Hofmann-LaRoche und Sandoz – geordnet und für jede Firma wurde ein separates dickes Mäppchen zusammengestellt.

Psychotrope Pharmaka nach Pöldinger 1967, Pöldinger/Schmidlin 1972			
	Synonyme	Wirkung/Beschreibung	Beispiel
Psychopharmaka im engeren Sinne			
Neuroleptika	Major Tranquilizer, Psycholeptica, Anti-psychotic drugs	Hypnotikafreie Beruhigungsmittel mit antipsychotische Wirkung	Largactil, Serpasil, Melleril
Tranquilizer	Minor Tranquilizer, Anti-anxiety drugs	Hypnotikafreie Beruhigungsmittel ohne antipsychotische Wirkung	Valium, Librium
Antidepressiva	Anti-depressant drugs		
Thymoleptica (Trizyklische)	Antidepressiva	Stimmungsaufhellend	Insidon, Tofranil
Thymerethica	MAO-Hemmer, MAOI, Psychic Energizer	Hemmungslösend	Marsilid*, Marplan
Psychopharmaka im weiteren Sinne			
Hypnotica			* aus dem Handel zurückgezogen wegen toxischer Begleiterecheinung (Leberschädigung)
Sedativa			
Antiepileptica			
Psychostimulantia			
Psychopharmaka zur Erzeugung experimenteller Psychosen			
Psycholytica	Halluzinogene		

Belegblätter des AMP-Systems, aus: AMP 1972, S. 12-21.

Angaben zur Person										Psych.																			
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 00 10 20 30 40 50 60 70 80 90	Klinik	1										Datum der Untersuchung																	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 60 70 80 90	Beob. Periode	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 60 70 80 90										Tag																	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 60 70 80 90	Geb. Tag	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 60 70 80 90										Monat																	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 60 70 80 90	Monat	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 60 70 80 90										Jahr																	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 60 70 80 90	Jahr	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 60 70 80 90										Archiv-Nr.																	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 60 70 80 90	Geb. Name	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 60 70 80 90										Berufsausbildung																	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 60 70 80 90	Lfd. Befund-Nr.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 60 70 80 90										Beschäftigungsdauer																	
Aufnahme veranlaßt durch										Berufsausbildung										Beschäftigungsdauer									
eig. Polikl. und Klinik Behörde										Hausarzt Nervenarzt and Arzt										unbekannt									
Familie selbst andere										angelernt										ständig zeitweilig sporadisch									
Geschwister										Zwilling ja nein unbekannt										Lehre									
Zahl (einschl. Pat. u. Halbgeschw.)										Halbgeschw. ja nein unbekannt										Fachschule									
1 2 3 4 5										6 7 8 9 >10										Hochschule									
Stellung des Patienten in der Geschwisterreihe										unbekannt										andere									
1 2 3 4 5										6 7 8 9 >10										andere									
Alter bei der 1. Heirat										unbekannt										Ausbildung abgeschlossen									
1 2 3 4										5 6 7 8 9										ja fraglich nein									
10 20 30 40										50 60 70 80 90										im Bereich:									
																				Arbeitsplatz									
																				Ausbildung abgebrochen									
Zahl der Kinder										keine unbekannt										mehrere Ausbildg. abgebrochen									
1 2 3 4 5										6 7 8 9 >10										in Ausbildung									
Zivilstand (jetzt)										jüdisch										Berufliche Stellung (jetzt)									
ledig										islamisch										unbekannt									
verheiratet										andere										selbständig									
getrennt										Religiös-weltanschaul. Bindung										untergeordnete Stellung									
geschieden										stark konventionell keine										mittlere Stellung									
verwitwet										Entwicklung (< 18 J.)										gehobene Stellung									
Muttersprache										in Großstadt										leitende Stellung									
deutsch										in Kleinstadt										Hausfrau ohne berufl. Tät.									
englisch										auf dem Lande										Hausfrau mit berufl. Tät.									
französisch										in wechselländ. Umgebung										Ruhestand									
italienisch										in anderer Umgebung										vorzeitiger Ruhestand									
spanisch/portugiesisch										Schulbildung										Rentenverfahren läuft									
slawisch										Volkschule										arbeitslos									
andere europ. Sprache										höhere Schule										beruflicher Abstieg									
außereurop. Sprache										Abitur / Matura										nicht im erlert. Beruf tätig									
Sprachl. Einordnung										1x sitzen geblieben										mehrfacher Berufswechsel									
gut ausreichend schlecht										mehrfach sitzen geblieben										häufiger Stellungswechsel									
Konfession										Schulbesuch < 6 Jahre										Militärdienst									
konvertiert										Hilfs-u. Sonderschule										nicht im erlert. Beruf tätig									
protestantisch / anglikan.										Schule abgeschlossen										mehrfacher Stellungswechsel									
katholisch										Schule abgebrochen										in Eigentum									
griech.-russ.-orthodox										in Schulausbildung										zur Miete / Pacht									
and. christl. Religion / Sekten																				zur Untermiete									
																				in Einfamilienhaus									
																				in Mehrfamilienhaus									
																				in anderen									
																				Wohnung									
																				gut genügt ungenügend									
																				keine									

[illegible]

Angaben zur Person										Psych.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9										
00	10	20	30	40	50	60	70	80	90										
Klinik																			
Beob. Periode																			
Geb. Tag																			
Monat																			
Jahr																			
Geb. Name																			
Lfd. Nr. in der Beob. Periode																			
I-Zahl										Nur auszufüllen b. Beg. e. Beob.-Periode:									
										Intelligenzstörung (geschätzt)									
										manifest seit									
										Teilhaftigkeit									
										Verstimmungen, Gefühlsstörungen									
										Verlaufsbesonderheiten									
										Störungen des Trieb- u. Sozialverhaltens, Pflegebedürftigkeit									
										Psychomotorische Störungen									
										Ich- und Persönlichkeitsstörungen									
										Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien									
										Hypochondrie (wahrhaft)									

Psychiatrie – Somatischer Befund

[illegible]

11 Anhang

Medikation (30 Tage Periode)																
Karten-Nr.	<div>1</div>															
Geburts-	Tag	Monat	Jahr	Name	Geschlecht (♂ = 1, ♀ = 2)											
	2	3	4	5	6	7	8	9	<div>10</div>							
	Beob. Periode				Kartenart		Ild. Nr.		Klinik Nr.		Behandlungsart (amb. = 8, stat. = 9)					
	<div>17</div> <div>18</div>				<div>3</div> <div>5</div>		<div>21</div> <div>22</div>		<div>23</div> <div>24</div>		<div>25</div>					
	Medik. Nr.				Applikationsart											
	<div>26</div> <div>27</div> <div>28</div> <div>29</div>				peros = 1, i.m. = 2 i.v. = 3, infus. = 4 rektal = 5											
	Dosis				1.		2.		Zahl der Appl.p.d.		Verteilung über den Tag					
	<div>30</div> <div>31</div> <div>32</div> <div>33</div>				<div>34</div>		<div>35</div>		<div>36</div>		<div>37</div>					
Tag 1																
Tag 2	<div>38</div> <div>39</div> <div>40</div> <div>41</div>				<div>42</div>		<div>43</div>		<div>44</div>		<div>45</div>					
Tag 3	<div>46</div> <div>47</div> <div>48</div> <div>49</div>				<div>50</div>		<div>51</div>		<div>52</div>		<div>53</div>					
Tag 4	<div>54</div> <div>55</div> <div>56</div> <div>57</div>				<div>58</div>		<div>59</div>		<div>60</div>		<div>61</div>					
Tag 5	<div>62</div> <div>63</div> <div>64</div> <div>65</div>				<div>66</div>		<div>67</div>		<div>68</div>		<div>69</div>					
Tag 6	<div>70</div> <div>71</div> <div>72</div> <div>73</div>				<div>74</div>		<div>75</div>		<div>76</div>		<div>77</div>					
Karten-Nr.	<div>2</div>				Spalte 2-29 duplizieren											
Tag 7	<div>30</div> <div>31</div> <div>32</div> <div>33</div>				<div>34</div>		<div>35</div>		<div>36</div>		<div>37</div>					
Tag 8	<div>38</div> <div>39</div> <div>40</div> <div>41</div>				<div>42</div>		<div>43</div>		<div>44</div>		<div>45</div>					
Tag 9	<div>46</div> <div>47</div> <div>48</div> <div>49</div>				<div>50</div>		<div>51</div>		<div>52</div>		<div>53</div>					
Tag 10	<div>54</div> <div>55</div> <div>56</div> <div>57</div>				<div>58</div>		<div>59</div>		<div>60</div>		<div>61</div>					
Tag 11	<div>62</div> <div>63</div> <div>64</div> <div>65</div>				<div>66</div>		<div>67</div>		<div>68</div>		<div>69</div>					
Tag 12	<div>70</div> <div>71</div> <div>72</div> <div>73</div>				<div>74</div>		<div>75</div>		<div>76</div>		<div>77</div>					

11 Anhang

Therapie (Gesamtbeurteilung)														
Karten-Nr.	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;">1</div>													
Geburts-	Tag	Monat	Jahr	Name					Geschlecht (♂ = 1, ♀ = 2)					
	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;">10</div>				
	Beob. Periode		Kartenart		Ild. Nr.		Klinik-Nr.		Behandl.-art (amb. = 8, stat. = 9)					
	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>
	17 18		19 20		21 22		23 24		25					
	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>				Medikamentnummer									
	26 27 28 29													
	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div>				Medikationsdauer in Tagen									
	30 31 32 33 34													
	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;">35</div>													
	Fortsetzung der Medikation über den 30. Tag: nein = 0, ja = 1													
	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;">36</div>													
	Abbruch wegen: Symptombefreiheit = 1, ungen. Wirkung = 2, Nebenwirkung = 3 Verlegung = 4, nicht med. Gründe = 5, Tod = 6 (1. Grund)													
	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;">37</div>													
	Abbruch wegen (2. Grund)													
	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;">38</div>													
	Erfolg nach 20 Tagen													
	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;">39</div>													
	Erfolg nach 30 Tagen													
	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;">40</div>													
	Entlassungsfähigkeit nach 20 Tagen													
	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;">41</div>													
	Entlassungsfähigkeit nach 30 Tagen													
	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;">42</div>													
	Arbeitsfähigkeit nach 20 Tagen													
	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;">43</div>													
	Arbeitsfähigkeit nach 30 Tagen													
	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;">44</div>													
	somatische Nebenwirkungen													
	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;">45</div>													
	psychische Nebenwirkungen													
	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;">46</div>													
	Nicht zentralw. Zusatzmedikation													
	keine													
	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; line-height: 20px;">47</div>													
	Kreislaufrmittel													

11 Anhang

Therapie (Gesamtbeurteilung)

<input type="checkbox"/>	Cardiaka		
48			
<input type="checkbox"/>	Anticoagulantien		
49			
<input type="checkbox"/>	Antibiotika		
50			
<input type="checkbox"/>	Antirheumatika		
51			
<input type="checkbox"/>	Diuretika		
52			
<input type="checkbox"/>	Laxantien		
53			
<input type="checkbox"/>	Hormone		
54			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewicht in kg vor Med.-beginn
55	56	57	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewicht in kg bei Med.-abschluß
58	59	60	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Körperlänge in cm
61	62	63	

Behandlungsabschluß

(nur auszufüllen, falls der Behandlungsabschluß nicht auf den 20. oder 30. Tag fällt)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behandlungsdauer in Tagen		
64	65	66	67			
<input type="checkbox"/>	Abbruch wegen (1. Grund)	} Symptomfreiheit = 1, ungen. Wirkung = 2 Nebenwirkung = 3, Verlegung = 4 nicht med. Gründe = 5, Tod = 6				
68						
<input type="checkbox"/>	Abbruch wegen (2. Grund)					
69						
<input type="checkbox"/>	Erfolg: symptomfrei = 1, deutl. Besserung = 2, geringe Besserung = 3, keine Besserung = 4, Verschlechterung = 5					
70						
<input type="checkbox"/>	Entl.-fähigkeit: Klinikentlassung = 1, entlassungsfähig = 2, nicht entlassungsfähig = 3, entfällt, da ambulant = 4					
71						
<input type="checkbox"/>	Arbeitsfähigkeit: keine = 0, beschränkt 1, voll = 2					
72						
<input type="checkbox"/>	somatische Nebenwirkungen	} keine = 0, fraglich = 1 leicht = 2, mittel = 3, schwer = 4				
73						
<input type="checkbox"/>	psychische Nebenwirkungen					
74						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reserve
75	76	77	78	79	80	

CV

Name	Brandenberger
Vorname	Katharina
Geburtstag	15.9.1979
Heimatort	Flaach ZH
Wohnort	Zürich
E-mail	kbrandenberger[at]postmail.ch
2009 – 2010	Gastaufenthalt als Predoctoral Research Fellow am Max-Planck-Institut für Wissenschaftsgeschichte, Berlin.
2008 – 2011	Arbeitsgruppe „Psychochemicals“, European Science Foundation (ESF), Standard Drugs and Drug Standards.
2008 – 2011	Graduiertenkolleg 2008-2011 Gender Studies Kompetenzzentrum Universität Zürich.
2008 – 2011	Stipendium des Schweizerischen Nationalfonds. Dissertation im Rahmen des Projektes „Psychopharmaka in Klinik und Gesellschaft: Wirkstoffe, medikamentengestützte Therapie und Persönlichkeitskonzepte in der Nordostschweiz (1950-1990)“.
2008	Abschluss: lic. phil. I / Master of Arts.
2007	Lizentiatsarbeit: „Wissen ums Nichtwissen. Psychopharmaka-Prüfungen an der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich in den 1970er Jahren“.
2001 – 2008	Studium: Politikwissenschaft, Sozial- und Wirtschaftsgeschichte sowie Allgemeines Staatsrecht an der Universität Zürich und an der Humboldt Universität Berlin.
1996 – 2001	Seminar Unterstrass Zürich, Matura Typus L.
1986 – 1996	Primarschule und Oberstufe in Uetikon am See und Zürich.